N° 2

DE

LA VOIE SOUS-PÉRITONÉALE

DANS

CERTAINES SUPPURATIONS DU BASSIN

PAR

Émile JEANBRAU

Interne des Hopitaux de Montpellier (Concours de 1896)
Externe des hopitaux (Concours de 1894)
Lauréat de la Faculté (Mention honorable, concours de 1894)
Médaille d'argent, concours 1895 ; Médaille d'argent, concours 1896
Aide de médecine opératoire a la Faculté (concours de 1897)
Secrétaire de la Société des Sciences médicales de Montpellier

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Novembre 1898

Né à Alais (Gard) le 1er octobre 1873

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER
Imprimerie Charles Boehm
DELORD-BOEHM et MARTIAL, Successeurs
Éditeurs du nouveau Montpellier médical

1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (✻)..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N....
id. Bosc (Chargé du Cours)..	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, *Secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE, *président*.	MM. LAPEYRE, agrégé.
TRUC, professeur.	LÉON IMBERT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Arrivé au terme de ma scolarité, j'exprime à mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux ma respectueuse reconnaissance pour la bienveillance encourageante qu'ils m'ont témoignée.

En tête de ce travail, écrit sous son inspiration et que j'aurais désiré digne de lui, je place le nom de mon cher Maître, M. le professeur Forgue, qui m'a fait depuis trois ans l'honneur de m'admettre dans son intimité scientifique et m'a donné maintes fois des preuves flatteuses de son affectueux intérêt. Auprès de lui, charmé par son souple talent de professeur, de chirurgien et d'écrivain, la pensée constamment tenue en éveil par son esprit remarquablement cultivé, j'ai passé des heures si agréables et si instructives qu'elles resteront toujours vivantes dans mon souvenir. Je lui affirme de nouveau mon profond et respectueux attachement.

Deux de mes Maîtres, MM. Rauzier et Lapeyre, presque au début de mes études et spontanément, se sont offerts pour m'instruire et me guider dans la préparation des concours : ils l'ont fait avec un intérêt que mon application n'a pas suffi à justifier. Et si je me suis efforcé de répondre à leurs leçons par un travail continu, c'est que je voyais là le seul moyen de les remercier dignement. Une fois encore, je les assure de ma vive reconnaissance.

Dans les hôpitaux, j'ai eu l'honneur d'être successivement l'externe ou l'interne de MM. les Professeurs Grasset, Ducamp, Estor, Forgue, Baumel, Hamelin, Truc, Grynfeltt, Carrieu et de MM. les Professeurs-agrégés Brousse, de Rouville et Bosc. MM. les Professeurs

Truc et Grynfeltt, en particulier, m'ont donné des preuves distinguées de leur haute bienveillance.

A la Faculté, j'ai eu le privilège d'être le préparateur de M. le Professeur Estor, à qui je dois une bonne partie de mon instruction chirurgicale, et de MM. Mouret et Puech, auprès desquels j'ai appris la médecine opératoire et l'obstétrique. MM. les professeurs Vialleton et Hédon, M. le Professeur-agrégé Bosc, m'ont accueilli dans leur laboratoire avec une bonne grâce dont j'ai été profondément touché, et, si je termine à regret mes études, c'est que je n'ai pu travailler sous leur savante direction aussi longtemps que je l'aurais désiré.

A tous, j'offre l'hommage de ma sincère gratitude.

Pour ce travail, j'ai eu recours à l'obligeance de M. le Professeur Terrier et de MM. Pozzi, Richelot, Delbet, Picqué et Legueu, chirurgiens des hôpitaux de Paris, qui m'ont fait l'honneur de s'y intéresser. Je dois en particulier à M. le Dr Legueu deux observations inédites. J'exprime ma respectueuse reconnaissance à ces Maîtres de la Faculté de Paris.

Enfin je n'oublie pas que mon ami le Dr Jean Cavalié, ancien chef de clinique chirurgicale, et mes distingués internes Vires, aujourd'hui agrégé, Ardin-Delteil, Gibert et Guérin, actuellement chefs de clinique à la Faculté, ont été pour moi des initiateurs précieux, et que, par leurs conseils et leur exemple, ils m'ont encouragé au travail. Il m'a d'ailleurs été rendu agréable par la sympathie qu'ont bien voulu me témoigner, durant mes années d'étude, deux amis très chers, Malbois et Souchon, que j'unis à mes Maîtres dans le même sentiment de reconnaissante et inaltérable affection.

AVANT-PROPOS

Nous assistons, en ce moment, après des excès d'ovariotomies et de salpingectomies, à une réaction conservatrice à l'égard des annexes. La majorité des praticiens s'accorde à déclarer que beaucoup de cas, autrefois considérés comme justiciables de l'intervention chirurgicale, sont améliorés et guéris par le repos, l'antisepsie vaginale, les irrigations et les lavements chauds. Nous nous sommes inspiré de ces données, et notre travail n'est qu'un essai de constatation des bons effets possibles d'une intervention simple et anodine, opération de drainage par excellence, quand il s'agit d'une tumeur persistante, purulente ou supposée telle, siégeant unilatéralement dans l'aire péri-utérine. Si l'on considère les résultats manifestes que fournit le traitement non opératoire, il est bien permis d'affirmer qu'un abcès salpingien n'oblige pas fatalement au sacrifice de la trompe et qu'une fois celle-ci bien ouverte et bien drainée, une fois les collections circonvoisines, si fréquentes en pareil cas, ouvertes du même coup, ces tissus pourront s'assainir et guérir. Nous ne voulons donc qu'appeler l'attention sur une ressource peu brillante, il est vrai, mais capable de donner, avec un minimum de risques opératoires, un effet thérapeutique valable. Mais nous tenons à affirmer, dès le début, que les indications en restent rares et qu'il convient de n'y voir qu'une méthode exceptionnelle, bénéficiant surtout des contre-indications des autres modes de traitement.

DE

LA VOIE SOUS-PÉRITONÉALE

DANS CERTAINES SUPPURATIONS DU BASSIN

INTRODUCTION

Aux diverses suppurations pelviennes qui revêtent des formes variables suivant les organes atteints et leur période d'évolution, on a opposé toute une échelle d'interventions qui va de la colpotomie à l'hystérectomie vaginale et abdominale et à la laparotomie. Mais il est des lésions absolument *inextirpables*, et *indirectement abordables* par la paroi ou le vagin, qui ne sont pas justiciables de ces moyens. La laparotomie franche comporte trop de dangers, l'hystérectomie vaginale est trop mutilante, la cœliotomie vaginale ne donne pas accès sur la collection : il faut donc mettre en œuvre une opération intermédiaire. Au lieu d'aborder la lésion en ouvrant l'abdomen et en incisant la séreuse, qu'on a beaucoup de chance d'ensemencer, on décolle celle-ci et on parvient sur la collection pelvienne par un trajet sous-péritonéal qui draine le foyer sans aucun danger de propagation infectieuse. C'est là le principe de la voie sous-péritonéale que nous nous proposons, sur le conseil de notre maître, M. le professeur Forgue, d'étudier dans ce travail. Vulgarisée par Pozzi, cette opération consiste essentiellement à décoller le péritoine au niveau de son angle de réflexion de la paroi sur la fosse iliaque

pour arriver ainsi dans le bassin. Bien différente de l'incision simple de la paroi que l'on se borne à pratiquer lorsque le pus est arrivé au contact de celle-ci, elle nécessite le décollement, par la main du chirurgien, du feuillet pariétal du péritoine jusque dans le petit bassin, et plus ou moins profondément, suivant l'état des lésions. Aussi, à cause de cette manœuvre qui permet de pénétrer dans le pelvis par une incision le long de l'arcade crurale, Pozzi avait-il donné à cette opération le nom de *laparotomie sous-péritonéale*. L'expression fut critiquée, à la Société de chirurgie, par Trélat et Lucas-Championnière. Plus tard, Delbet insista de nouveau sur l'inexactitude de cette appellation. « En France, disait-il, dans plusieurs pays étrangers également, le mot « laparotomie », en dépit de son étymologie, n'est plus employé que pour désigner l'ouverture de la cavité péritonéale. Que l'incision soit faite dans le flanc ou sur la ligne blanche, peu importe ; c'est une laparotomie si le péritoine est ouvert ; ce n'en est pas une, s'il n'est pas ouvert ». Depuis, tous les chirurgiens ont adopté ces différences de dénomination ; aussi, donnerons-nous le titre plus exact d'incision inguino-sous-péritonéale, à l'opération préconisée et systématisée par M. Pozzi. Nous laisserons de côté les opérations analogues ayant également pour but de pénétrer dans le bassin sans ouvrir la séreuse par la voie vaginale et la voie sacrée. Et nous passerons successivement en revue l'historique, la technique opératoire, les indications et les contre-indications de la voie sous-péritonéale, en nous appuyant sur un certain nombre d'observations cliniques réunies à la fin de ce travail. Nous n'en citons pas, il est vrai, une grande quantité, et nous n'apportons pas de statistiques personnelles ; cela ne prouve rien contre la méthode, si ce n'est que cette opération est considérée comme courante par la plupart des chirurgiens et que ceux-ci négligent d'en publier les résultats.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La voie sous-péritonéale n'avait pas d'histoire avant 1886, et c'est M. Pozzi qui, dans une communication faite à la Société de chirurgie, le 14 avril de cette même année, donna à l'incision de la paroi sans ouverture de la séreuse le nom de « *laparotomie sous-péritonéale* » ; le premier, il fit connaître ses avantages, énonça ses indications, vulgarisa sa technique. C'était d'ailleurs là un procédé opératoire dérivé de la ligature de l'iliaque externe, que les anciens auteurs mettaient à nu en décollant la séreuse ; mais il constituait, à cette époque, où il y avait encore de graves dangers à ouvrir la cavité péritonéale, un perfectionnement important. Aussi, n'est-il pas étonnant que, même à ce moment, l'idée ne fût pas absolument nouvelle, et que quelques chirurgiens eussent été conduits tout naturellement à intervenir par la même voie, dans des cas restés isolés. C'est ainsi que Hégar, en 1881, préconisait déjà ce moyen de drainage dans les suppurations pelviennes et que, dans leur Traité de gynécologie opératoire, Hégar et Kaltenbach écrivaient : « Il est un procédé qui permet d'atteindre les abcès situés dans les parties profondes du bassin, en exposant les femmes à relativement peu de dangers et en donnant au chirurgien la possibilité d'intervenir beaucoup plus tôt qu'il ne pouvait le faire auparavant..... Quand on incise la paroi abdominale, on pratique une incision le long de la partie moyenne du ligament de Poupart, on atteint le péritoine, on décolle avec

les doigts cette séreuse, et on pénètre ainsi jusqu'au niveau de la branche horizontale du pubis. On arrive ainsi contre la vessie dans le petit bassin ; en ce point, on soulève le péritoine qui va du ligament large vers la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen. On peut alors porter facilement les doigts jusque sous la base du ligament large et on peut aisément pénétrer jusque sous le feuillet séreux qui tapisse les parois postérieure et latérale de la cavité pelvienne ». De même, on trouve dans la littérature américaine deux cas, rapportés par Delbet, antérieurs à la communication de Pozzi. Le premier, paru en 1882, est dû à Hosmer et se rapporte à une collection pelvienne qui fut ponctionnée sans résultat à deux reprises, et finalement guérie par une incision abdominale d'un pouce et demi de long, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèle au ligament de Poupart. « De là, en enfonçant le doigt dans la profondeur, en dehors du péritoine, Hosmer parvint sur la tumeur, l'ouvrit et plaça un tube à drainage ». Dans le second, communiqué le 17 novembre 1885, par Polk, il s'agissait d'un abcès pelvien saillant par le cul-de-sac postérieur et qui fut drainé par le vagin. La malade devint hectique. Deux semaines plus tard, l'auteur sentit par le toucher rectal une masse du volume d'un œuf située derrière le ligament large, et adhérente à la paroi pelvienne. « Cette masse, dit Polk, ne faisait saillie ni du côté du rectum, ni du côté du vagin, et le problème était de l'atteindre. On ne pouvait l'ouvrir et la drainer par la laparotomie, ses parois n'auraient pu être suturées à la paroi abdominale... Il n'y avait d'autre moyen que de chercher à cheminer entre la cavité abdominale et la paroi pelvienne ». Il fit l'incision comme pour la ligature de l'iliaque commune, décolla le péritoine et glissa l'index le long de la paroi du petit bassin jusqu'à ce que la résistance eût montré qu'on avait atteint la région des adhérences entourant le foyer. La cavité fut ouverte avec le doigt, et le pus s'écoula.

La communication de M. Pozzi, qui apporta cinq observations,

dont quatre ayant trait à des suppurations pelviennes avec phénomènes généraux graves et la dernière à une volumineuse hématocèle suppurée, donna lieu à une courte discussion à laquelle prirent part Trélat, Bouilly et Lucas-Championnière. Trélat, tout en contestant l'utilité de l'ouverture des collections purulentes par la fosse iliaque, cita un cas pour lequel il avait pratiqué, une année auparavant, l'incision de Pozzi. Il s'agissait d'un abcès haut placé déterminant des douleurs et des accidents sérieux. Trélat pratiqua son incision en dehors du bord du muscle droit, en dedans de l'artère épigastrique et décolla le péritoine. Il put ainsi arriver jusqu'au foyer, qu'il ponctionna : il fit une contre-ponction par le vagin, et la guérison se fit rapidement et sans accidents. Bouilly, dans un cas plus grave, chez une jeune femme qui avait un abcès de la fosse iliaque ouvert par un trajet fistuleux dans le rectum depuis cinq ans, avait tenté d'opérer par la même voie : l'incision faite, il chercha à décoller le péritoine ; mais, les tissus étant indurés, lardacés, il lui fut impossible de rien reconnaître. Il dut se borner à curetter les parois. La guérison survint quand même. Enfin, Lucas-Championnière rapporta l'observation heureuse, recueillie en 1883, d'une accouchée presque agonisante qui présentait des vomissements et un hoquet incessants, avec des douleurs vives et un peu d'empâtement dans le cul-de-sac latéral droit. Cet auteur intervint par la voie sous-péritonéale et ne trouva qu'un ganglion suppuré, gros comme un œuf de pigeon. La malade, qui était mourante, se remit progressivement et guérit.

La même année, M. Houzel, de Boulogne, adressa à la Société de chirurgie une observation de phlegmon du ligament large, traité par la *laparotomie sous-péritonéale*. Mais, comme le fit remarquer M. Pozzi, le péritoine n'ayant pas été décollé et la poche ayant fait hernie dans la plaie aussitôt la paroi incisée, on ne pouvait donner à cette intervention le nom de laparotomie sous-péritonéale. Il ne s'agissait là que d'une incision simple de

la paroi, comme toutes les fois que le pus arrive sous la peau après avoir lui-même soulevé la séreuse et qu'il est évacué par une ouverture des plans situés au-devant de lui.

Ces quelques faits montrent que, en se basant uniquement sur les rapports anatomiques de la région, certains chirurgiens mettaient en œuvre une opération encore inédite dans les classiques et qu'ils en obtenaient d'excellents résultats, sans faire courir les moindres risques opératoires à leurs malades.

A partir de cette époque, le décollement du péritoine se généralisa dans la pratique des chirurgiens, et certains même en étendirent les indications. En 1887, Bardenheuer fit paraître à Stuttgart un ouvrage intitulé : Der extraperitoneale Explorativschnitt. Dans ce livre, l'auteur tentait d'appliquer *au diagnostic et au traitement de toutes les affections abdominales* un mode d'exploration qui, à cause de l'insuffisance de l'asepsie et de l'imperfection de la technique de son époque, semblait devoir rendre des services.

Etudiant le décollement du feuillet pariétal de la séreuse dans tous ses points, Bardenheuer montra qu'on pouvait palper «extrapéritonéalement» les divers viscères abdominaux et fit de cette opération le complément nécessaire et décisif de tout examen clinique difficile dans les affections du foie, de l'estomac, des reins, des organes génitaux de la femme, etc. A cette période, où la chirurgie abdominale était encore à ses débuts, c'était évidemment le seul mode de laparotomie exploratrice qui permît à coup sûr d'éviter les complications septiques et le shock péritonéal. Après avoir passé successivement en revue le décollement du péritoine, inégalement facile à l'état normal ou à l'état pathologique suivant les régions et les viscères, Bardenheuer préconisait, pour atteindre tous les organes abdominaux, trois incisions extrapéritonéales : 1° l'*incision rénale ou lombaire*, 2° l'*incision symphysienne*, 3° l'*incision thoracique*.

1° Par l'*incision rénale* ou *lombaire*, la seule qui ait subi l'épreuve du temps et qui soit encore employée à l'heure actuelle, on peut non seulement arriver sur le rein, qu'il est facile d'explorer, d'ouvrir et d'extirper sans blesser la séreuse, mais il est possible encore, et Bardenheuer y insiste, de palper le foie, la tête du pancréas, le duodénum, le cæcum, la rate, et de sentir leurs altérations. Et, bien que peu d'observations vérifient l'utilité pratique de ces données, à l'exception de leur application à la chirurgie rénale, il existe quelques cas de lésions pancréatiques abordées par cette voie : Körte, cité par Page, intervint trois fois de cette façon pour des pancréatites suppurées et gangréneuses.

2° L'*incision symphysienne*, étendue transversalement au-dessus de la symphyse, remise en honneur par Trendelenburg dans la taille transversale, est abandonnée aujourd'hui. Bardenheuer dit avoir pu enlever, grâce à elle, presque « extrapéritonéalement » un utérus cancéreux, un utérus fibromateux, un kyste fœtal ectopique, et suturer une fistule vésico-utérine haut placée. Aucun chirurgien ne tenterait les mêmes efforts aujourd'hui qu'il est aussi sûr et plus commode d'ouvrir complètement l'abdomen.

3° L'*incision thoracique*, que Bardenheuer employait aussi pour aborder le foie, n'a plus raison d'être et ne présente pas d'intérêt pour nous. En somme, l'auteur passe rapidement sur le décollement du péritoine du bassin, la seule région où il y ait encore, avec la fosse lombaire, un intérêt réel à suivre la voie sous-péritonéale. Il ne faut voir dans son livre que l'expression d'une période de transition où on pouvait sans trop de dangers aborder le feuillet externe du péritoine, mais où il était encore imprudent de pénétrer dans sa cavité, même en l'absence de lésions suppuratives. De toute son œuvre, l'incision inguino-sous-péritonéale de Pozzi seule doit persister, avec la voie lombaire pour les interventions sur le rein. Encore n'est-ce pas lui qui en a le

premier montré les avantages et n'a-t-il fait qu'en étendre l'application aux autres régions de l'abdomen.

Depuis le travail de Bardenheuer, les auteurs se sont succédé qui ont conservé son importance à cette méthode d'observation.

M. Dumas, de Montpellier, publia en 1888 une intéressante observation de pelvi-péritonite dans laquelle, n'ayant pu décoller le péritoine assez profondément, il le déchira. La malade guérit; mais le premier temps seul de l'opération fut extra-péritonéal. L'année suivante, en 1889, M. Versepuy, élève de M. Pozzi, réunissait dans sa thèse sur LA PÉRIMÉTRITE ET SON TRAITEMENT les divers moyens employés à cette époque et plaçait en bon rang l'incision sous-péritonéale. Et la même année, Terrillon, dans ses leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière, insistait de nouveau sur cette excellente méthode, en rappelait les indications et rapportait un cas remarquable d'hématocèle traité avec succès par ce procédé. Mais, à partir de ce moment, les rapides progrès de technique, parallèles aux perfectionnements de l'asepsie, qui ont abouti à la salpingectomie abdominale et vaginale, à l'hystérectomie vaginale préliminaire et à la castration utéro-annexielle par le vagin, ont diminué considérablement le champ de ses indications. Pierre Delbet, dans son remarquable ouvrage sur les SUPPURATIONS PELVIENNES, ne lui accorde qu'une importance secondaire comme voie d'incision et de drainage, pense qu'elle doit être rejetée dans les cas d'abcès limités au petit bassin et réduit ses indications « aux phlegmons pelviens qui sortent du petit bassin en remontant le long du ligament ovaro-pelvien, qui envahissent ainsi la partie profonde de la fosse iliaque, et qui se dirigent de dedans en dehors vers la crête iliaque sans venir se mettre en rapport avec la paroi abdominale ». Avec trois observations à l'appui, M. Picqué attira de nouveau l'attention sur cette opération qui, en tant qu'intervention d'attente, lui donna d'excellents résultats.

Au Congrès de gynécologie de Bruxelles de 1892, au cours de

la longue discussion qui sépara les « laparotomistes » des « hystérectomistes », Segond, Doyen, Saenger, Jacobs, More Madden, Sneguireff et Goubaroff firent entrer en ligne de compte l'incision sous-péritonéale dans le traitement des suppurations pelviennes. «Tout compte fait, disait Segond dans son remarquable rapport, les deux seuls procédés de la méthode évacuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont l'incision par la voie inguino-sous-péritonéale et l'incision par la voie vaginale». Sur 145 opérations, Doyen était intervenu 8 fois par ce même moyen ; il s'agissait, dans un de ces cas, d'une tumeur dermoïde suppurée et adhérente.

Il en concluait que l'incision inguino-sous-péritonéale est sans danger et qu'elle est la méthode de choix dans le traitement de certaines masses indurées péri-utérines. Enfin, Sneguireff et Goubaroff apportèrent une étude anatomique très fouillée du tissu cellulaire du bassin, faisant suite à des travaux publiés antérieurement en Russie sur ce qu'ils nommaient la « laparotomie externe ».

Mais depuis le perfectionnement de l'asepsie, l'emploi généralisé du plan incliné qui, en facilitant les manœuvres intra-pelviennes, diminue les chances d'infection, l'amélioration de la technique opératoire abdominale, la laparotomie et l'hystérectomie, ont acquis un champ d'action qui va de jour en jour s'agrandissant. Dans la dernière édition de son Traité de Gynécologie, Pozzi convient qu'il n'est plus lui-même aussi partisan de son opération et qu'il la réserve pour un très petit nombre de cas. Au Congrès de Genève de 1896, Bouilly, Péan, Doyen et Reynier furent les seuls à en parler, et il semble qu'aujourd'hui elle doive retomber dans l'oubli, à l'exemple des méthodes d'incision en deux temps qui n'ont plus raison d'être. Or, il ne doit pas en être ainsi. Bien des chirurgiens l'emploient lorsque l'indication s'en présente, et l'indication s'en présente plus souvent qu'on ne le pense. Elle offre dans tous les cas l'incontestable supériorité

sur les autres procédés opératoires d'être absolument sans dangers, et bien des malades eussent échappé à la septicémie ou la péritonite si elles eussent subi une « laparotomie sous-péritonéale ». Elle peut constituer le premier temps d'une intervention radicale si l'examen direct permet d'en reconnaître la possibilité, et pour toutes ces raisons, il nous a semblé qu'il était intéressant de passer en revue ses indications, sa technique et ses résultats.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

A. — Considérations anatomiques.

Il est nécessaire, avant d'exposer les différents temps de l'incision sous-péritonéale, de résumer la constitution de la paroi antérieure de la fosse iliaque et de rappeler le mode de continuité du péritoine pariétal avec le péritoine pelvien.

La paroi est formée, dans la partie inféro-latérale de l'abdomen, par : la peau, le fascia superficialis, une toile celluleuse recouvrant le grand oblique, le muscle grand oblique ou plutôt son aponévrose, les muscles petit oblique et transverse, le fascia transversalis, le péritoine doublé en dehors d'une nappe conjonctive, le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Entre les deux lames superficielle et profonde du fascia superficialis, s'accumule une couche de tissu adipeux plus ou moins considérable suivant les individus et qui augmente l'épaisseur de la paroi ; la tégumenteuse abdominale qui, née au-dessous de l'arcade monte vers l'ombilic, et chemine sur son feuillet antérieur, n'a pas d'importance chirurgicale.

Au devant de la fosse iliaque, le muscle grand oblique est représenté par un tendon, large et forte aponévrose qui concourt à la formation de l'arcade crurale et du canal inguinal : elle est constituée par des fibres nacrées, disposées par faisceaux parallèles se dirigeant obliquement en bas et en dedans et s'écartant

en certains points pour laisser sortir des vaisseaux et des nerfs et limiter l'orifice externe du canal inguinal.

Derrière le muscle transverse, accolée à la face profonde du petit oblique, on trouve une nappe conjonctive qui revêt sa surface interne, c'est le *fascia transversalis*. Adhérant en dedans à la gaine des muscles droits, il se perd en dehors en s'amincissant insensiblement dans le tissu sous-péritonéal. En bas, le fascia transversalis s'unit à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope. Mais il est possible de l'en séparer avec les doigts, et il est préférable de le décoller sans avoir recours au bistouri quand on fait l'incision de l'iliaque externe.

Ces divers plans musculaires et aponévrotiques, que le bistouri peut traverser hardiment, sont séparés l'un de l'autre par une lame de tissu cellulaire d'épaisseur variable suivant l'âge, le sexe, l'état adipeux du sujet. Il en existe une entre l'aponévrose du grand oblique et le petit oblique, entre ce dernier et le transverse : elles permettent de distinguer les diverses couches musculaires au cas où on avance lentement par une dissection prudente. Mais la plus importante est celle qui sépare le péritoine du fascia transversalis, appelée *couche sous-péritonéale*. Formée de tissu lâche dans la partie supérieure de la région, elle se condense dans la zone inférieure et prend l'aspect d'une membrane appelée par Cowper *fascia propria*. Ce fascia se continue sur la fosse iliaque interne, doublant toujours le feuillet pariétal de la séreuse, pénètre dans le petit bassin et, chez la femme, envoie un prolongement entre les deux lames des ligaments larges.

Le feuillet pariétal du péritoine descend en tapissant la paroi abdominale et arrive au niveau de l'arcade de Fallope, sur le fascia iliaca, se réfléchit en arrière pour constituer le péritoine pelvien. Il tapisse la fosse iliaque interne et recouvre les organes du petit bassin en s'unissant intimement à leurs parois. Il résulte de ces rapports anatomiques une solidarité étroite du péritoine avec les lésions utéro-annexielles en particulier, qui résume pres-

que toute entière l'histoire des affections pelviennes non néoplasiques.

1° Zones décollables du péritoine pelvien à l'état normal. — Séparé de la paroi par le tissu sous-péritonéal, le péritoine pariétal peut facilement se laisser décoller par le pus, une tumeur intra-pariétale, un hématome, et ce défaut d'adhérence qui en pathologie évite la perforation de la séreuse et, par suite, l'inondation purulente ou sanguine de la cavité, permet aussi en technique opératoire d'évacuer sans ouvrir le ventre des collections non directement abordables par d'autres méthodes. Aussi, y a-t-il lieu d'indiquer les diverses zones décollables du péritoine au niveau de la paroi, de la fosse iliaque, du petit bassin.

1° Au niveau de la paroi. — Le péritoine est de moins en moins adhérent à mesure qu'on descend vers l'arcade crurale et qu'on s'éloigne des muscles droits. Bien que le tissu sous-péritonéal se condense à ce niveau, le doigt décolle toujours assez facilement le feuillet séreux depuis l'épine iliaque jusqu'à l'orifice du canal inguinal. A partir de ce point, la séparation devient plus délicate, mais il est toujours possible d'y parvenir.

2° Au niveau de la fosse iliaque. — En passant de la paroi abdominale sur la fosse iliaque, le péritoine forme un angle dièdre ouvert en arrière, et dont le sommet, correspondant à l'arcade de Fallope, est absolument libre de toute adhérence. Le tissu sous-péritonéal, en effet, le contourne en se continuant lui-même avec celui du bassin, et il suffit d'un effort très léger pour libérer complètement l'angle de réflexion du péritoine dont le soulèvement amorce le décollement du feuillet iliaque également très peu adhérent. Ce mode de réflexion de la séreuse a été bien décrit pour la première fois par Bogros, en 1818, qui montra que le péritoine laissait « au devant de lui un espace de six à sept lignes d'étendue où finit l'artère iliaque externe et où commence l'épi-

gastrique ». Depuis, les anatomistes ayant contrôlé l'exactitude de cette donnée et les cliniciens, parmi lesquels Velpeau et Grisolle, ayant montré l'influence localisatrice de cette disposition, on a donné à cette petite loge à coupe triangulaire le nom d'espace de Bogros.

Dès qu'on a pénétré dans cet espace, il est extrêmement facile de poursuivre le décollement de la séreuse qui recouvre les vaisseaux iliaques externes entourés de leur gaine. La nappe celluleuse à maille lâche qui l'unit aux organes sous-jacents se déchire sous la moindre traction, surtout chez les individus gras, et, en écartant vigoureusement la lèvre supérieure de l'incision, on arrive assez commodément sur la bifurcation de l'iliaque primitive. A droite, le cæcum s'aperçoit par transparence, ainsi que l'appendice, quand ce dernier est dirigé en bas. Dans un cas où M. Forgue intervenait pour une lésion non exactement déterminée, on vit immédiatement, par la modification de son aspect extérieur, que la lésion portait sur le cæcum ; l'incision de la séreuse permit de reconnaître, en effet, une néoplasie iléo-cæcale.

3° Au niveau du petit bassin. — A partir du détroit supérieur, la péritoine se décolle moins facilement, non seulement parce que les manœuvres dans le petit bassin sont plus difficiles, mais parce que la séreuse, en plongeant profondément, va envelopper des organes auxquels elle est intimement unie. Dans la partie médiane, après avoir tapissé la face postérieure de la vessie, le péritoine se réfléchit en haut pour recouvrir la face antérieure de l'utérus, en formant le cul-de-sac vésico-utérin. Il tapisse toute la portion sus-vaginale de l'utérus, à l'exception de ses bords latéraux et de la face antérieure du col. L'adhérence de la séreuse au tissu musculaire varie suivant les points : sur la ligne médiane, au niveau du corps et du fond, l'union est intime, et il est impossible de la détacher sans la déchirer. Sur les autres points, au contraire, une couche de tissu cellulaire lâche vient s'interposer,

qui rend le décollement pénible, mais possible jusqu'à un certain point ; cette lame conjonctive, appelée par Virchow *tissu paramétritique*, n'est en somme qu'une expansion du tissu cellulaire sous-péritonéal. En augmentant d'épaisseur au-dessous de l'isthme de l'utérus, elle forme un manchon autour du col qui permet de libérer facilement le cul-de-sac recto-vaginal.

Sur les côtés de l'utérus, les feuillets péritonéaux qui revêtent sa face antérieure et postérieure s'adossent l'un à l'autre et forment les *ligaments larges*, qui s'étendent aux parties latérales de l'excavation. Ils contiennent dans leur épaisseur une quantité abondante de tissu cellulaire riche en fibres musculaires, où cheminent les vaisseaux, les lymphatiques et les nerfs de la région. Ce tissu cellulaire est en continuité, au niveau de la base des ligaments larges, avec celui qui tapisse l'aponévrose périnéale supérieure, et par là il se met en relation avec la fosse iliaque et tous les orifices du bassin.

Le ligament large forme des plis secondaires ou ailerons, qui contiennent dans leur épaisseur le ligament rond, la trompe et l'ovaire. Le ligament rond entouré de tissu cellulaire soulève simplement le péritoine sans lui adhérer : rarement celui-ci forme un méso complet. L'ovaire, adhérent seulement par son hile, est tapissé simplement par l'épithélium péritonéal ; la trompe qui occupe l'aileron moyen est pourvue d'un méso assez long dans sa partie externe pour se rabattre sur l'ovaire et le masquer, au point que, pour apercevoir ce dernier, il est nécessaire de la relever.

Lorsque, sur le cadavre d'une femme vierge, après avoir décollé le péritoine iliaque, on cherche à libérer le péritoine du petit bassin, on arrive assez facilement à décoller la séreuse jusqu'à la base des ligaments larges ; en ouvrant largement l'abdomen par une incision allant d'une épine iliaque à l'autre, de manière à faciliter les manœuvres, on parvient, en procédant avec précaution, à décoller complètement, de l'aponévrose périnéale supérieure, la base même des ligaments larges et à les

mobiliser en totalité. Mais il est impossible de faire plus; les ligaments larges ne se laissent pas dédoubler, même en tirant très fortement en sens inverse sur les deux feuillets : il faut, pour que cela soit possible, une altération pathologique.

Si, au contraire, on laisse à l'incision les limites normales pour ne pas amener d'éventration, on voit que, même en facilitant les manœuvres intra-pelviennes par la position de Trendelenburg, il est impossible de parvenir à libérer complètement la base des ligaments larges ; mais on peut toujours décoller le feuillet pariétal jusqu'à l'aponévrose périnéale supérieure, c'est-à-dire au niveau du point où il se coude pour devenir le feuillet antérieur du ligament large.

On voit donc que, dans un bassin vierge de toute inflammation antérieure, les limites du décollement ne s'étendent pas au delà des ligaments larges jusqu'à la base desquels on peut parvenir, mais sans qu'il soit possible de les cliver eux-mêmes. L'espace néo-formé par le soulèvement de la séreuse est d'ailleurs largement ouvert en haut, et la contre-ouverture par le vagin est d'une exécution très facile.

2° Différences de décollabilité du péritoine à l'état pathologique. — Bardenheuer a longuement insisté sur les différences de « décollabilité » du péritoine à l'état normal et à l'état pathologique. Celle-ci semble varier suivant l'âge de l'inflammation, la variété et le degré de celle-ci, le proximité de l'organe enflammé.

1° Suivant l'age de l'inflammation. — L'influence la plus importante revient à l'âge de l'inflammation. Plus celle-ci est récente, plus le décollement est facile : le tissu sous-péritonéal dont les mailles sont infiltrées se laisse déchirer très commodément dans les points où normalement il est en partie adhérent. Mais, peu à peu les exsudats qui, au moment de leur production facilitaient le clivage, s'organisent en tissu fibreux et soudent au contraire les

tissus et les organes les uns aux autres. Il en résulte que le décollement arrive bientôt à être impossible et que, même en procédant avec ménagement, on ne peut éviter de déchirer le péritoine : c'est ainsi que Pozzi, faisant une incision exploratrice pour périmétrite suppurée, déchira la séreuse au-dessus des vaisseaux iliaques externes ; l'ouverture accidentelle fut suturée aussitôt par quatre points de catgut, et il n'en survint aucun inconvénient ; il en fut de même dans l'observation de Dumas.

2° Suivant la variété et le degré de l'inflammation. — Au stade simplement inflammatoire, alors que toute la lésion se limite à la production d'un exsudat séreux, à un gonflement œdémateux des tissus, la séparation se fait facilement ; mais dès que la purulence apparaît, les conditions changent et l'adhérence devient plus forte. Les fausses membranes font plus : elles favorisent l'union d'organes qui normalement glissent les uns sur les autres. Il en résulte que, dans un bassin qui a été envahi par la péritonite suppurée, il est très difficile de libérer la séreuse ; toutefois celle-ci ne revêt pas toujours cette forme, et peut toujours se limiter autour de la trompe, origine habituelle de l'infection. Le feuillet pariétal reste donc indemne, et l'inflammation ne retentit que très faiblement sur lui.

3° Suivant les régions et les individus. — Le décollement se fait le mieux au niveau de la paroi abdominale postérieure. Plus on se dirige en avant, plus il reconnaît de difficultés. Au niveau du bassin, la vessie, l'utérus, les trompes lui adhèrent intimement, et dans une intervention chirurgicale il est impossible de l'en séparer. Il faut, pour que le clivage soit possible, que des tumeurs se soient développées à leur niveau et aient soulevé la séreuse. Dans ce cas, il est assez commode, après incision, de décapsuler la néoplasie.

Plus un individu est chargé en tissu adipeux, moins il est facile de reconnaître et de libérer son péritoine, dit Bardenheuer.

Or, lorsque le chirurgien est obligé d'intervenir pour ouvrir sans danger une collection purulente pelvienne, il est bien rare que la malade ait conservé tous les attributs de la santé et que la suppuration ne l'ait pas amaigrie profondément. On se trouve alors dans les conditions habituelles.

Mais ce sont là plutôt des considérations théoriques qu'il fallait rappeler pour être complet. Actuellement, que le décollement du péritoine ne dépasse jamais les limites du bassin, elles diminuent d'intérêt et dans une opération aussi simple que l'incision de Pozzi, le chirurgien n'a guère à se préoccuper des diverses modifications de la séreuse suivant les cas.

3° **Effets physiologiques du décollement du péritoine.** — Avant d'ériger en méthode le décollement du péritoine, il était indiqué de rechercher s'il ne pouvait en résulter du sphacèle de la séreuse ou d'autres accidents. Bardenheuer insista le premier sur l'innocuité presque absolue des grands décollements péritonéaux et P. Delbet, après avoir expérimenté sur des animaux, en conclut que les faits expérimentaux et cliniques « ne fournissent aucun argument ni pour ni contre la voie parapéritonéale ».

Le feuillet pariétal du péritoine est irrigué et innervé par les vaisseaux de la paroi qu'il tapisse ; si on le décolle sur une certaine étendue, on prive de nutrition tout le segment isolé ; dans les divers procédés d'exploration de Bardenheuer on supprimait ainsi toutes les connexions vasculaires d'un cinquième environ du feuillet pariétal. Cet auteur n'a jamais noté d'accidents imputables à ce mode de traumatisme opératoire. Nous avons voulu, par une série d'expériences sur des chiens, des lapins et des cobayes, nous rendre compte de l'influence des vastes décollements péritonéaux. Par deux incisions latérales, nous pratiquions la libération totale de la séreuse du détroit supérieur au diaphragme, en arrière jusqu'aux reins. Le décollement était fait à coups de doigts, dans les conditions habituelles

d'asepsie chirurgicale, et après la suture des divers plans de la paroi, on appliquait un pansement exactement occlusif. Sur un nombre à peu près égal d'animaux, tous les lapins et les cobayes ont succombé le deuxième ou troisième jour : l'autopsie permit de reconnaître l'absence de toute trace d'inflammation ; il n'existait ni fausses membranes ni liquide dans la cavité abdominale. Le péritoine ne présentait en aucun point des tendances au sphacèle. Les chiens, au contraire, malgré toutes les précautions, suppurèrent, mais guérirent en quelques jours sans présenter des phénomènes de shock. Ces expériences montrent simplement que tout dépend de la susceptibilité du péritoine, variable avec les différentes espèces d'animaux, et il est impossible d'en tirer des conclusions applicables à l'homme. Les observations cliniques seules doivent servir d'enseignement : or, elles démontrent nettement que le décollement limité à la fosse iliaque est sans danger et qu'il ne traumatise pas plus l'opérée qu'une simple ouverture de la paroi. Privé même brusquement de ses moyens de nutrition, le péritoine emprunte aux tissus voisins par l'intermédiaire des bourgeons charnus de la plaie les éléments nécessaires pour le sauver du sphacèle. Un cas observé en août dernier, est un exemple remarquable de cette vigoureuse vitalité.

Une malade, d'état général très médiocre, présentait un volumineux abcès ossifluent qui avait décollé tout le péritoine de la fosse iliaque droite et venait bomber sous la paroi, au-dessus de l'arcade crurale. M. le Dr Lapeyre l'ouvrit largement par une longue incision parallèle à l'arcade et découvrit une vaste poche purulente qui remontait très haut dans la région lombaire et poussait un prolongement dans le petit bassin : les vaisseaux iliaques externes avaient été rejetés en dedans par le pus. L'opérateur, après avoir curetté la poche iliaque, poursuivit la membrane pyogénique le plus loin qu'il fut possible et incisa la paroi profondément en haut jusqu'au niveau du bord externe du carré des lombes : il en résultait une immense brèche, représentant en

longueur les deux tiers de la demi-circonférence du tronc, profonde d'environ vingt centimètres et toute entière sous-péritonéale. Le péritoine, constituait dans toute la plaie, la paroi supérieure de la cavité ; il était par conséquent absolument privé de vaisseaux. Il ne s'ensuivit aucun accident ni aucun retard dans la cicatrisation. Dès le lendemain, la plaie bourgeonnait, et, quinze jours après l'intervention, la brèche était réduite de moitié. Il est vrai de dire qu'ici le décollement du péritoine avait été fait en partie lentement par le pus, qui avait provoqué un épaississement au niveau duquel de nouveaux vaisseaux assuraient sa nutrition. Mais il n'en est pas moins vrai que l'opération avait triplé ce décollement. En tout cas, les observations que nous relatons montrent la bénignité absolue d'un décollement aussi limité que celui qui doit être mis en œuvre dans l'incision de Pozzi.

B. — **Technique opératoire.**

L'opération consiste essentiellement dans l'incision de la paroi au-dessus de l'arcade crurale, le décollement de la séreuse au niveau de la fosse iliaque, la recherche des lésions, la ponction des poches suppurées, leur ouverture large, et le drainage par le vagin. Simple dans certain cas, en particulier lorqu'on la met en œuvre dans le seul but d'explorer le bassin alors que les tissus ne sont pas altérés et le péritoine non adhérent, elle devient au contraire difficile lorsque de vieilles suppurations ont déterminé un plastron au niveau duquel viennent souvent adhérer l'intestin et l'épiploon. Et plusieurs observations montrent que l'opérateur déchira la séreuse en cherchant à la libérer, ce qui n'eut pas d'ailleurs de conséquences sérieuses.

1^er^ Temps. Incision de la paroi. — A un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à sa direction, on pratique une incision de 12 à 14 centimètres se recourbant en

haut vers l'épigastre. Elle sera agrandie plus tard, s'il en est besoin, car, comme y insiste Picqué, *il convient de faire à la paroi une très longue incision, sous peine d'opérer dans de mauvaises conditions.* On pince et on coupe les vaisseaux sous-cutanés abdominaux ; on incise l'aponévrose du grand oblique, blanche et nacrée, avec de forts ciseaux. On cherche alors, dans la partie interne de la plaie, le bord inférieur du petit oblique et du transverse ; le doigt suit leur partie libre de dedans en dehors jusqu'à ce qu'il arrive sur leur partie adhérente, que l'on incise en suivant l'incision cutanée. En écartant la lèvre supérieure de la plaie, on voit que le fond de celle-ci est constitué par le fascia transversalis qu'on effondre avec le doigt et la sonde cannelée. Si l'on ouvre à deux ou trois centimètres au-dessus de l'arcade, on évite les veines circonflexes qui saignent beaucoup. On coupe les vaisseaux épigastriques entre deux pinces au moment où ils se présentent. La première partie de l'opération est terminée : il faut à ce moment décoller le péritoine.

2e Temps. Décollement du péritoine. — Si l'on ne l'a pas fait dès le commencement de l'opération, on met alors l'opérée dans la position de Trendelenburg, le bassin incliné à 45° : la masse intestinale tombe vers le diaphragme et vide le pelvis ; sauf dans les cas où une anse est adhérente au plastron abdominal, ce à quoi il faut toujours penser, on ne risque plus de blesser l'intestin ou l'épiploon. Dans le fond de la plaie, en commençant indifféremment par la partie externe ou interne, on décolle alors du bout du doigt la séreuse, qui se laisse rapidement soulever : en quelques secondes, on voit les vaisseaux iliaques externes qui sont à nu dans la partie moyenne de la plaie et marquent la limite du détroit supérieur. A l'aide d'un grand écarteur à paroi, on soulève le péritoine iliaque et il est facile de pousser plus loin, jusqu'à la bifurcation de l'iliaque, primitive, la libération de la séreuse, dans un bassin normal ou à lésions

péri-utérines limitées. Dans tous les cas, ces deux premiers temps peuvent être rapidement menés, et, dans les diverses circonstances où il a été conduit à intervenir par cette voie, M. le Professeur Forgue est parvenu à ce résultat en quelques minutes.

Dans les cas où la lésion pousse un prolongement iliaque et s'accompagne d'un plastron de date ancienne, il est moins aisé de parvenir à ce décollement, surtout dans la partie externe de la plaie. Mais, comme il existe alors des poches purulentes complètement fermées par des adhérences, absolument isolées de la grande cavité abdominale, des *abcès intra-péritonéaux*, on les ouvre franchement sans aucun risque d'infection. Il ne faut pas craindre d'aller à la recherche de toutes les collections pour les drainer les unes après les autres le plus largement possible. C'est dans ces cas surtout où l'inflammation est d'origine très ancienne, qu'en cherchant à libérer la séreuse, on s'expose à la déchirer. Pozzi et Dumas ne purent éviter cet accident : il n'a pas toujours la gravité qu'on pourrait lui supposer, parce que la séreuse, chroniquement enflammée, considérablement épaissie, jouit au niveau des lésions, d'une certaine tolérance vis-à-vis des éléments infectieux. Si pareille complication arrivait, on suturerait immédiatement au catgut les lèvres de la plaie. Les deux opérées de Pozzi et Dumas guérirent parfaitement.

Il faut alors inspecter l'état du bassin : si les lésions sont bas situées, on prolonge le décollement dans le petit bassin, à la partie interne du ligament rond et en arrivant en dedans jusque sur les côtés de la vessie ; on parvient plus ou moins profondément, suivant les cas, à mobiliser le feuillet séreux.

3e Temps. **Exploration du petit bassin.** — L'opération préliminaire est terminée : la voie est ouverte largement, sans solution de continuité de la séreuse. *Le bassin est ouvert, mais l'abdomen est fermé.* Il ne reste qu'à procéder à l'examen des lésions, en reconnaître la nature, les connexions, et à inciser suivant les règles habituelles.

Le plus souvent, comme dans notre première observation, on tombe sur une poche suppurée dont la paroi est soudée en avant au feuillet pariétal : un coup de trocart aspirateur affirme la présence de liquide ; sur le trocart guide, on enfonce le bistouri qui ouvre largement la collection que des tampons assèchent rapidement. Les lèvres de la poche, fixées par des pinces, sont maintenues écartées : on lave avec un courant de solution antiseptique, on cautérise avec un tampon monté, imbibé d'acide phénique fort ou de chlorure de zinc. Dans cette cavité, proche de vaisseaux redoutables et de viscères creux, il est prudent de ne pas curetter.

Dans d'autres cas, il s'agit de masses indurées péri-utérines qui ont provoqué au niveau de la partie externe de la base des ligaments larges un processus d'inflammation chronique sans tendance à la formation de cavité purulente : ici, la dissociation est de règle : comme dans les cas de Pozzi et de Doyen, à l'aide du doigt prudemment conduit, on effritera ces masses inflammatoires, qui ne sont bien souvent que des ganglions ramollis.

Quelle que soit la variété de lésions, il est essentiel de chercher à ouvrir largement toutes les poches, mais il ne faudra pas oublier que des tractions trop fortes risquent de provoquer des déchirures du péritoine et de produire, par là même, ce qu'on désirait éviter, l'ensemencement de la séreuse.

4e Temps. **Drainage par le vagin.** — Le drainage vaginal terminera l'intervention et assurera l'évacuation du pus. Il permettra de *traverser de part en part le foyer purulent*, de laver abondamment le trajet opératoire et de supprimer immédiatement tout danger de rétention.

Pour le pratiquer, on se sert généralement du trocart courbe de Chassaignac, que l'on enfonce soit par le cul-de-sac vaginal, soit par la plaie, en mettant le doigt dans le vagin. Il est indiqué de ne perforer les tissus que sur le doigt, pour éviter de blesser, par une échappée de la pointe de l'instrument, l'uretère, le rec-

tum, ou un vaisseau. Par le trocart, on fera passer un gros drain en caoutchouc, que l'on fixera en boucle au devant de la plaie ; un tube en croix peut également être employé. On en essaiera le fonctionnement sur-le-champ, et on en profitera pour laver immédiatement le foyer opératoire, que l'on bourrera de gaze iodoformée ainsi que le vagin. On terminera la suture de la partie externe des lèvres de l'incision cutanée sur un trajet plus ou moins long suivant le cas.

Ce ne sont là que des règles générales qui varieront d'après les circonstances, mais, dans la très grande majorité des cas, le drainage vaginal complètera l'opération et assurera son plein effet.

5e Temps. Soins post-opératoires. — Ils consisteront, comme dans tous les cas de drainage de foyers purulents, dans les lavages répétés de la cavité par les drains ou par la plaie. Les premiers temps, on se contentera de changer la gaze iodoformée du vagin, sans faire d'injections vaginales, de façon à éviter une infection secondaire ascendante. Au bout d'un certain temps on pourra en pratiquer et accélérer la guérison par l'application de topiques ou de caustiques faibles au niveau du foyer opératoire.

CHAPITRE III

INDICATIONS

Les indications de l'incision inguino-sous-péritonéale étaient fréquentes au temps où M. Pozzi la préconisa. A l'heure actuelle, grâce aux perfectionnements de l'asepsie et de la technique, à l'emploi du plan incliné, qui réduisent considérablement le danger de la laparotomie franche et de l'hystérectomie vaginale, on les rencontre moins souvent : elles nécessitent d'abord certaines conditions particulières de localisation qui correspondent à une période déterminée des lésions pelviennes. En effet, si, au début d'une suppuration annexielle ou péri-annexielle rapidement développée à la suite d'un accouchement, le cul-de-sac postérieur bombe sous le poids d'une collection fluctuante, la cœliotomie vaginale s'impose. Plus tard, le pus vient quelquefois de lui-même faire saillie au-dessus de l'arcade crurale en décollant le péritoine ; une incision de la paroi suffit en attendant une intervention radicale qui variera suivant l'origine et l'étendue de la lésion initiale. Enfin, si les lésions anciennes sont étendues à tout le pelvis rempli de cavités purulentes, l'hystérectomie vaginale par laquelle on enlève la « bonde » qui ferme le petit bassin est nettement indiquée et seule permet la guérison rapide et définitive.

Il faut donc que l'examen clinique démontre l'existence de certaines conditions pour pouvoir suivre cette voie qui met à l'abri de toute complication grave, en permettant l'évacuation large du pus. Mais son emploi ne se limite pas à ce rôle secondaire de

drainage : dans le cas où le diagnostic reste indécis, elle peut être encore d'une grande utilité : on arrivera sans dégâts sur un foyer dont l'existence ou la nature aura peut-être été méconnue et qui contient un pus très virulent : s'il faut ouvrir la séreuse, la première partie de l'opération aura du moins été extra-péritonéale: elle constitue ainsi un moyen facile et peu dangereux de diagnostic. Enfin et surtout chez les malades épuisées par des suppurations prolongées ou menacées par des complications graves, qui interdisent une opération plus traumatisante, elle présente des avantages sérieux comme opération d'attente, et nous le justifierons par un certain nombre d'observations. Partant de ces données, on voit que les conditions qui réalisent l'indication à intervenir par la voie sous-péritonéale tiennent :

I. A LA NATURE ET A LA LOCALISATION DES LÉSIONS ;

II. A L'ABSENCE DE DIAGNOSTIC PRÉCIS ;

III. A L'ÉTAT GÉNÉRAL DU SUJET.

A. -- Indications tenant à la nature et à la topographie des lésions.

Il est nécessaire de passer successivement en revue les diverses affections inflammatoires du bassin : pyosalpinx, phlegmons sous et intra-péritonéaux, adénites, psoïtis, abcès ossifluents, hématocèles suppurées, qui toutes dans des circonstances inégalement fréquentes peuvent bénéficier de ce mode d'intervention.

Pyosalpinx.

« Depuis que nos connaissances sur le pyosalpinx sont devenues plus précises, dit M. Pozzi, j'en suis devenu moins partisan ». A l'heure actuelle, un pyosalpinx uni ou bilatéral, sans autre complication de voisinage que des adhérences péritonéales encore

récentes, offre rarement l'occasion d'intervenir de cette façon. S'il est unilatéral, en effet, ce qui est relativement rare, sa situation rend le drainage difficile par cette voie : on sait, en effet, et Delbet y a suffisamment insisté, que « toute trompe envahie par l'inflammation, alourdie par l'épanchement tend à tomber derrière l'utérus, dans le cul-de sac de Douglas, et que c'est là qu'on la trouve le plus souvent ». Rarement elle occupe une autre situation. De plus, à l'encontre de ce que pensaient les anciens auteurs, une collection tubaire, sauf dans les cas où elle se développe dans la portion interne de la trompe, ne peut dédoubler les ligaments larges : Pierre Delbet dit n'avoir jamais rencontré, sur de nombreuses pièces données pour telles, l'ampoule remplie de pus ayant pénétré dans l'épaisseur des ligaments larges. Et, « si ce fait a été noté dans quelques observations, c'est qu'il s'agissait, dit cet auteur, d'examens faits au cours de laparotomies, c'est-à-dire dans des conditions défectueuses d'examen». Il faudrait donc, si l'on voulait drainer par cette voie un pyosalpinx, inciser le péritoine périsalpingien, car il est impossible de décoller, sans les déchirer, les deux feuillets des ligaments larges, pour permettre l'ouverture complètement sous-péritonéale de la cavité purulente. Or, pour en arriver là, il est préférable d'intervenir par la laparotomie franche, grâce à laquelle on peut, non seulement se rendre compte des lésions du côté opposé, mais encore faire la salpingectomie, qui est évidemment le moyen radical d'assurer la guérison. Il n'existe pas, d'ailleurs, d'observation clinique nette de pyosalpinx unilatéral simple, traité par ce mode de drainage. Dans la première observation de Legueu, il ne s'agissait pas d'une salpingite purulente libre dans un pelvis encore sain, mais d'une annexite haute compliquée de pelvi-péritonite.

Les conditions sont différentes quand la salpingite a provoqué des phénomènes de pelvi-péritonite : dans ce cas, les adhérences rendent très difficile la libération du pyosalpinx, qui peut se rompre dans l'abdomen ; à un degré plus accentué, la périsalpingite et la

périovarite fixent les annexes en différentes situations, et des abcès intra-péritonéaux se développent tout autour. L'ouverture par la voie sous-péritonéale est alors indiquée et a son plein effet. Il en était ainsi dans la première observation de M. le professeur Forgue : de violentes poussées de pelvi-péritonite avaient aggravé, à plusieurs reprises, l'état de la malade. L'évacuation de la poche suppurée par la voie sous-péritonéale permit un drainage facile et la guérison survint complètement. Dans l'observation II, il s'agissait d'une collection pelvienne qui avait provoqué des symptômes péritonéaux ; l'intervention par la même voie montra qu'on avait affaire à un hydro-pyo-salpinx adhérent, et la malade guérit très rapidement.

Il serait évidemment excessif d'étendre à tous les cas de pyosalpinx accompagnés de péri-salpingite ou de phénomènes péritonéaux une méthode qui se borne à évacuer le pus, sans supprimer la poche suppurante ; mais, dans un certain nombre de cas, d'origine récente, franchement unilatéraux, soumis de temps à autre à des poussées aiguës qui décèlent une virulence très intense des éléments infectieux, il semble nettement indiqué d'intervenir de cette façon : *la guérison survient comme dans l'hystérectomie vaginale non suivie d'ablation des annexes.* Le foyer purulent largement drainé, facilement détergé par des lavages antiseptiques, perd peu à peu sa virulence ; celle-ci éteinte complètement, la transformation fibreuse assure la guérison anatomique de la lésion.

En résumé, un pyosalpinx unilatéral, précédé de poussées de pelvi-péritonite, peut être traité avec avantage par le drainage inguino-sous-péritonéal.

Abcès pelviens.

Il est ici nécessaire de résumer en quelques mots ce qu'on entend par abcès pelviens d'origine génitale. Les suppurations du bassin ont été étudiées successivement au point de vue clinique, anatomique et pathogénique par de nombreux auteurs parmi lesquels Grisolle et Bourdon, Nonat, Valleix, Martin, Gallard, Bernutz et Goupil furent les premiers ; elles sont restées longtemps, à cause des diverses dénominations dont les auteurs se complaisaient à changer le sens, suivant l'expression de Tillaux, «la confusion de la confusion ». Mais si l'on prend comme éléments de classification, ainsi que l'ont fait avec raison Segond et Bouilly et les auteurs qui les ont suivis, le siège primitif de leur développement, on voit que la question, en bénéficiant de la précision anatomique, se simplifie beaucoup : le pus, en effet, peut se développer successivement ou simultanément dans les annexes, dans le péritoine pelvien, dans le tissus péritonéal : c'est ainsi qu'on observe :

1° **Dans les annexes** : *des pyo-salpinx*, des kystes ovario-salpingés suppurés, des kystes dermoïdes suppurés, des grossesses ectopiques suppurées ;

2° **Dans le péritoine du bassin** : des *pelvi-péritonites* (*abcès intra-péritonéaux*, *péri-métrites*, *péri-salpingites*);

3° **Dans le tissu cellulaire sous-péritonéal** : *des phlegmons des ligaments larges* (*phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet, paramétrite de Virchow, cellulite pelvienne*).

Si l'on excepte le pyosalpinx, qui existe d'ailleurs rarement isolé, et qui dans ce cas est avant tout justiciable de l'extirpation, on voit qu'il ne reste que deux modes de lésions suppurées dont les noms différents expriment deux variétés topographiques opposées :

Des abcès ou phlegmons intra-péritonéaux, des abcès ou phlegmons sous ou extra-péritonéaux.

Toutes ces collections purulentes, quels que soient leur siège d'origine, leur degré d'évolution, l'exiguité de leur volume, présentent ces deux caractères communs qui les réunissent en un seul faisceau justiciable du même traitement opératoire : 1° elles sont absolument isolées de la grande cavité péritonéale ; 2° elles ne peuvent être traitées par l'extirpation.

Dans tous ces cas, l'indication est nette : puisque l'extirpation de la poche pyogénique n'est pas possible ; il faut évacuer le pus qui menace de se frayer un passage à travers les tissus en faisant irruption dans le péritoine ou en ulcérant un viscère creux, l'intestin, le vagin, la vessie. D'ailleurs la fistulisation de l'abcès n'est pas une raison pour temporiser ; par l'orifice accidentel, facile à obstruer, le pus s'écoule par intermittence et, dans l'intervalle, la rétention produit ses conséquences habituelles d'intoxication septique ; de plus, il facilite, dès sa production, les infections secondaires qui aggravent encore la lésion initiale. Et il faut se souvenir de ce principe, commun d'ailleurs au traitement de toutes les suppurations, «qu'une suppuration pelvienne ouverte à l'extérieur doit être traitée comme un abcès enkysté ». Pour cela, des deux moyens qui sont à la disposition du chirurgien, la ponction et l'incision, la deuxième est de beaucoup le plus sûr, le moins dangereux, le plus chirurgical. La ponction est d'ailleurs abandonnée aujourd'hui à peu près par tous, même comme moyen diagnostique.

Il reste donc l'incision large suivie de drainage de la cavité purulente ; celle-ci effectuée, les phénomènes de rétention septique cessent immédiatement, l'inondation péritonéale par le contenu purulent et l'ouverture dans les organes du bassin ne me-

nacent plus la malade. Peu à peu, grâce aux lavages antiseptiques et au drainage permanent, la suppuration se tarit, les parois de la cavité purulente subissent la transformation fibreuse et la guérison survient comme si on avait fait l'hystérectomie vaginale pour drainer le bassin.

Mais les règles que doit suivre le chirurgien dans le but d'ouvrir une collection pelvienne varient suivant les cas ; et il faut distinguer, à l'exemple de Pierre Delbet, les suppurations du bassin suivant qu'elles sont ou non directement abordables. Les premières — *collections directement abordables* — sont celles qui bombent sous la paroi, dans le vagin, dans le rectum : le pus est à fleur de peau ; la muqueuse constitue la dernière barrière qui tend de jour en jour à s'ulcérer. Dans ces cas, l'indication est nette : la cœliotomie vaginale, si le cul-de-sac postérieur fait saillie sous le poids d'une collection suppurée, remplira son plein effet; l'incision hypogastrique, iliaque, inguinale, si le pus est venu faire saillie derrière le pubis au-dessus du ligament de Fallope en formant le plastron abdominal, s'imposera au chirurgien, avec ou sans contre-ouverture vaginale. Le pus s'évacuera facilement par le point au niveau duquel il tendait à produire une fistule. Seule, de toutes ces voies de drainage, l'incision rectale, préconisée par Byford, est délaissée aujourd'hui. L'hystérectomie vaginale n'est pas autre chose qu'un moyen plus radical de drainer un pelvis rempli de loges purulentes, englobées par des gateaux d'adhérences, parfaitement isolées de la grande cavité abdominale.

Il en est tout autrement quand la collection suppurée ne présente aucun prolongement en rapport avec l'enceinte pelvienne ; dans les cas où la palpation permet de reconnaître une tumeur circonscrite sans continuité de tissu avec la face profonde de la paroi, et sans tendance apparente à se diriger vers elle, lorsque le toucher montre que le vagin est souple, que les culs-de sac sont libres, et que l'utérus plus ou moins fixé est enchâssé de tous côtés par les adhérences, dans tous ces cas l'incision directe est

insuffisante. *Dans ces collections indirectement abordables* un ou plusieurs temps opératoires préalables sont nécessaires, quelle que soit la voie que les limites topographiques de la lésion engagent à suivre ; on peut alors intervenir par le vagin, par la voie sacrée, par la laparotomie franche, par la voie sous-péritonéale. Cette dernière réalise ici les conditions que doit remplir toute opération destinée à drainer une collection suppurée : elle est facile et rapide dans son exécution, sûre dans ses résultats, sans dangers pour les vaisseaux et les organes du bassin, ne nécessite aucun délabrement, et assure la permanence du drainage jusqu'à ce que la suppuration soit tarie. Les autres interventions citées plus haut ne partagent à aucun degré ces qualités d'intervention bénigne et efficace.

La *voie vaginale*, d'ailleurs, rarement suivie actuellement pour atteindre des lésions sans rapport de contiguité avec les culs-de-sac, présente des dangers qui ne compensent pas l'absence de cicatrice abdominale ; elle expose à l'ouverture du cul-de-sac recto-vaginal, quand celui-ci descend très bas ; le voisinage périlleux des uretères et des vaisseaux utérins aggrave ses difficultés.

La *voie sacrée*, employée pour la première fois et préconisée par Wiedow, nécessite la résection sacro-coccygienne, selon la méthode de Kraske. Wiedow n'a pas eu beaucoup d'imitateurs, malgré que sa méthode donne beaucoup de jour et permette d'ouvrir largement une collection sous-péritonéale sans blessure vasculaire. Delbet disait, en 1891, qu'on pourrait l'employer avec avantage « dans tous les cas de phlegmon qui ont une tendance à sortir du bassin par l'échancrure sciatique ; dans les cas d'abcès pelviens en rapport avec cette échancrure, trop éloignée du vagin pour pouvoir être ouverte directement par cette voie et qui sont trop petits pour pouvoir être suturés à la paroi abdominale en cas de laparotomie ». Ce sont là des conditions justiciables d'un drainage par l'incision inguino-sous-péritonéale, à la condition que le décollement de la séreuse soit poussé très profondément.

Ces deux opérations — drainage par le vagin et drainage par la voie sacrée — ne se posent donc pas en concurrentes de l'incision de Pozzi, dans les collections indirectement abordables. Par la laparotomie franche on ouvre inutilement l'abdomen, et, malgré les plus minutieuses précautions, on risque d'ensemencer le péritoine, alors que le drainage sous-séreux eût rempli son plein effet, sans faire courir les mêmes dangers. Dans certains cas, il faut savoir résister à l'ouverture de la séreuse.

Parmi les innombrables cas cliniques qui peuvent se présenter, ces « phlegmons latéro-pelviens » que Freund a particulièrement étudiés et qu'il rapporte à des péri-adénites, constituent les indications par excellence de l'incision de Pozzi. Développés dans la partie externe des ligaments larges, en contact avec la paroi du petit bassin, au voisinage de l'échancrure sciatique, il serait téméraire d'aller les ouvrir à travers le péritoine sain : on souillerait à coup sûr la séreuse, et il serait impossible de fistuliser à l'extérieur le foyer purulent. Le décollement du péritoine pelvien y conduit sans dégâts et sans dangers. Un contre-drainage par le vagin facilite la guérison.

Il en est de même lorsque l'inflammation fusant sous le péritoine se propage en suivant le ligament lombo-ovarien et donne lieu à une collection purulente qui se dirige vers la crête iliaque.

L'existence d'un plastron ne contre-indique en rien ce mode d'intervention : dans plusieurs observations il existait et n'a pas mis obstacle au drainage : dans les cas de Legueu et dans une observation de Picqué, il a seulement empêché le décollement du péritoine aussi bas qu'il aurait fallu le poursuivre pour ouvrir plus largement le foyer purulent.

Dans ces formes particulières de paramétrite, à marche irrégulière, caractérisées par des alternatives de poussées aiguës et de rémissions pendant lesquelles le foyer semble éteint, mais qui aboutissent cependant à l'ulcération du rectum ou du vagin, ce mode d'intervention est avantageux. Dans trois cas, dont l'un

s'était accompagné d'un affaiblissement tel de la malade, qu'on avait pensé à un cancer, Doyen pratiqua « de propos délibéré » l'incision inguino-sous-péritonéale. Ce chirurgien pût ainsi « atteindre aisément les masses inflammatoires en plein ligament large et les dissocier jusqu'au niveau du cul-de-sac latéral du vagin ».

Mais ce sont les phlegmons des ligaments larges et les phlegmons de la gaine hypogastrique qui peuvent bénéficier au maximum de l'incision de Pozzi. Dès qu'ils sont diagnostiqués et que la période aiguë est passée, il y a avantage à mettre ce moyen en œuvre. Dans le cas de Legueu, il s'agissait d'un phlegmon des ligaments larges, donnant la sensation d'une grosse masse dure, douloureuse, ne faisant pas corps avec la paroi. Mais d'autres lésions coexistaient avec le phlegmon : le drainage sous-péritonéal amena une amélioration immédiate, mais non la guérison. — Les phlegmons de la gaine hypogastrique de Delbet, pourront également bénéficier de ce mode de drainage. Toutefois, il est rare qu'il soit possible de préciser très exactement à quelle variété d'abcès pelvien on a affaire. Plus souvent, le péritoine décollé, le bassin ouvert par en haut, on trouve seulement des poches adhérentes, indécorticables, que l'on suppose être formées par la trompe, ou par des fausses membranes ayant ainsi constitué une ou plusieurs cavités néo-formées. On se borne à les inciser largement et à drainer par le vagin, sans chercher, ce qui n'est guère possible, à en reconnaître les connexions et les limites.

La fistulisation à la paroi d'une collection pelvienne n'est certes pas un empêchement à intervenir par cette voie : la permanence même de la fistule montre qu'elle joue seulement le rôle d'une soupape de dégagement vis-à-vis d'un foyer purulent incessamment rempli : le prolongement iliaque qui s'est ouvert à l'extérieur n'est d'ailleurs qu'une partie de la lésion dont le foyer actif siège généralement dans le petit bassin. C'est celui-ci qu'il faut attaquer en le traversant de part en part par un drainage abdo-

mino-vaginal largement établi. L'incision de Pozzi rend dans ces conditions des avantages qui en font ici un procédé d'excellence. Nous en avons vu un exemple dans un cas opéré en septembre 1896, par M. le professeur Forgue et dont nous n'avons pu retrouver l'observation détaillée. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'une annexite droite très ancienne, ayant provoqué des phénomènes de pelvi-péritonite : des abcès péritonéaux s'étaient collectés du même côté et une fistule cutanée, située à deux travers de doigt au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale s'était ouverte spontanément après des douleurs très violentes qui cessèrent momentanément sous l'influence de la décharge de pus. L'incision de Pozzi permit d'ouvrir une collection séreuse développée en dedans de la fistule, au niveau de la fosse iliaque, et dans le petit bassin, une volumineuse poche pyo-salpingée complètement adhérente et indécorticable.

Les fistules vaginale et rectale ne constituent en rien des conditions défavorables à ce mode d'intervention ; on sait que toute collection ouverte dans un viscère doit être traitée comme si elle était intacte. Dans plusieurs observations où il existait des fistules vaginale ou rectale, le résultat fut excellent. C'est qu'en effet, la première conséquence du drainage large en un point déclive est de permettre à l'orifice anormal et étroit qui fait communiquer le foyer avec un viscère de s'oblitérer. On arrive ainsi sans le moindre risque opératoire à produire ce qui serait très dangereux à tenter par une laparotomie franche. Mais, ici encore, sur ce point comme sur les autres, les observations cliniques seuiles font foi et leur lecture est plus instructive que des affirmations théoriques.

En résumé, les collections pelviennes intra ou extra-péritonéales, franchement unilatérales, non directement abordables par la paroi ou par le vagin, même accompagnées de fistules, peuvent être ouvertes et drainées avec avantage par la voie sous-péritonéale.

Kystes de l'ovaire et kystes dermoïdes.

Les kystes de l'ovaire suppurent quelquefois lorsque des agents infectieux leur sont apportés par une ponction septique, une poussée de salpingite, de paramétrite ou de pelvi-péritonite. L'intestin également peut être incriminé lorsqu'il existe des adhérences de l'appendice aux annexes. Dans tous ces cas, les phénomènes généraux et des signes de pelvi-péritonite traduisent cliniquement une suppuration du bassin. Et ce ne sera guère qu'en l'absence de tout diagnostic précis que l'on interviendra par la voie sous-péritonéale : elle retrouvera ici ses avantages de moyen facile et inoffensif d'exploration, de drainage temporaire. Mais elle posera l'indication soit de la laparotomie franche pour essayer d'extirper le kyste, soit de l'hystérectomie vaginale.

Les kystes dermoïdes suppurés sont certainement plus fréquents qu'on a coutume de le penser, et, comme le disent Herman et Barnes, cités par Delbet, ils peuvent être l'origine méconnue d'abcès pelviens. Leur pronostic est grave, car ils peuvent entraîner la mort par septicémie sans évacuer leur contenu au dehors, et que très fréquemment ils s'ouvrent dans la vessie, dans le vagin ou dans le péritoine.

Hématocèles.

Les hématocèles sont, dans la majorité des cas, justiciables de la cœliotomie vaginale. Mais il peut arriver que la collection sanguine soit très volumineuse, remonte haut dans l'abdomen et provoque, par sa transformation purulente, des phénomènes locaux et généraux qu'une simple incision vaginale est incapable de combattre par un drainage suffisamment large. Dans ces cas, comme le montrent l'observation de Pozzi, communiquée à la Société de Chirurgie, et l'observation suivante, citée par Terril-

lon dans ses Leçons cliniques de la Salpêtrière, l'incision sous-péritonéale, qui évite de rompre les adhérences enkystant la poche nouvelle et protégeant la cavité abdominale contre l'irruption microbienne, peut être avantageuse.

Observation d'hématocèle rétro-utérine, résumée dans Terrillon (*Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière*, page 345).

Au lieu d'inciser directement sur la partie saillante de la tuméfaction au-dessus de l'arcade de Fallope, je fis une ouverture en dedans de l'épine iliaque. *Evitant d'ouvrir le péritoine, je le décollai du tissu cellulaire sous-jacent, passant ensuite au-dessus et en dedans des vaisseaux iliaques, j'arrivai ainsi sur le tissu épais qui entourait la collection sanguine.* J'attaquai donc celle-ci par son côté externe.

Ce tissu induré qui lui servait d'enveloppe était reconnaissable à sa teinte noirâtre. La cavité fut ouverte avec soin, après une ponction exploratrice, et je tombai dans une poche anfractueuse remplie de sang épais, sirupeux, et tapissée de fausses membranes noires, tomenteuses, irrégulières. L'ouverture était assez large pour laisser passer deux doigts. Avec des éponges, je nettoyai avec soin cette cavité, en raclant et en essuyant fortement ses parois tomenteuses, après les avoir lavées abondamment.

Deux gros tubes permirent l'écoulement de liquides ; une partie de la plaie fut suturée. Quarante-quatre jours suffirent pour amener une guérison complète de cette hématocèle. La malade avait été légèrement infectée, vers le douzième jour, par une faute commise dans le pansement.

Phlegmons et abcès de la fosse iliaque sous-péritonéaux.

Ces collections purulentes, qui surviennent beaucoup plus rarement que les précédentes, peuvent cependant donner lieu aux mêmes indications et bénéficier de la voie sous-péritonéale. Chez l'homme elles peuvent être dues à la propagation d'un phlegmon périnéphrétique ou péri-rectal qui fuse dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque en remontant par le méso-rectum. Plus fréquemment, l'origine est intestinale, et c'est un foyer péri-appendiculaire qui en a déterminé la production. Dans ces cas, lorsque le diagnostic est fait assez précocement et que le pus ne bombe pas encore sous la paroi, il est utile, pour prévenir l'ulcération d'un viscère ou l'ouverture dans le péritoine, de creuser un chemin au pus par cette voie déclive et qui est ici encore absolument sans danger.

Adénites iliaques.

Dans certains cas, assurément peu fréquents, et qu'il est bien difficile de diagnostiquer d'une façon précise parce qu'il est rare que la lésion soit isolée et que la pensée en vienne au chirurgien, les ganglions iliaques se tuméfient et suppurent. Ces adénites, secondaires quelquefois à des lymphangites ou à des plaies du membre inférieur, sont le plus souvent sous la dépendance de métrite avec lymphangite du ligament large. Nous ne parlons pas ici des ganglions iliaques externes, situés immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, mais des ganglions hypogastriques ou iliaques internes, seuls véritablement sous-péritonéaux et qui, en s'enflammant, provoquent une réaction de la séreuse. Il arrive même parfois, et Paquy en a relaté des observations intéressantes, que ces adénites passées depuis longtemps au stade d'engorgement chroni-

que, se réchauffent brusquement et allument un phlegmon de la fosse iliaque qu'il faut ouvrir. Il est donc indiqué, lorsqu'on en reconnaît l'existence, d'en tenter l'extirpation, et, pour y réussir, le meilleur moyen nous semble réalisé par l'incision de Pozzi. Cet auteur, dans sa communication de 1886, en a rapporté une observation probante : une femme accusait des douleurs vives dans le bas-ventre avec irradiations douloureuses dans la cuisse droite ; au toucher, le cul-de-sac droit présentait une tumeur dure, douloureuse, non fluctuante, et se continuant en haut avec la tumeur de la fosse iliaque. Par la laparotomie sous-péritonéale, M. Pozzi trouva, en dedans des vaisseaux iliaques externes, une masse arrondie, rénitente, qui était constituée par un ganglion enflammé, du volume d'un petit œuf de poule. En arrière, il en existait un autre, qui fut enlevé avec le premier. Un troisième, situé au voisinage immédiat du cul-de-sac vaginal, fut laissé en place par crainte de lésion vasculaire.

Mais, dans cette variété rare de lésion pelvienne, l'intervention aura, avant tout rôle curatif, un but diagnostique. Quand « les ganglions forment des masses volumineuses, immobiles, ou provoquent une attitude vicieuse du membre inférieur, on est en droit de songer, dans le premier cas, à un ostéo-sarcome, dans le second à une coxalgie. Il en était ainsi dans un cas de Berger, où un bubon strumeux inguinal et pelvien s'accompagnait des signes physiques et fonctionnels de la coxalgie au début». Et malgré des examens répétés, c'est encore l'incision exploratrice qui donnera la clef du diagnostic en fournissant le moyen de supprimer radicalement la lésion menaçante par son voisinage des vaisseaux iliaques. Les cas de Pozzi et de Championnière peuvent servir d'exemple.

Psoïtis.

Ici encore, de même que dans l'ostéo-myélite phlegmoneuse de l'ilium, comme le disent Forgue et Reclus, « le péril est

le même des fusées à distance, des clapiers anfractueux et saignants, de la résorption purulente ». Si le fascia iliaca résiste, le pus descend vers le petit trochanter en suivant la direction des fibres. Au contraire, si l'aponévrose cède au niveau de la fosse iliaque interne, le pus se répand dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et provoque un phlegmon qui s'étend bientôt, limité en haut par l'épaississement réactionnel de la séreuse, arrivant bien vite derrière la paroi abdominale. Pratiquée à temps, l'incision sous-péritonéale, en permettant l'évacuation immédiate du pus, fera cesser les phénomènes généraux, délivrera le péritoine enflammé de ce contact dangereux et, par un tunnel creusé ainsi jusqu'au muscle, permettra une antisepsie nécessaire à la guérison. Aidée d'autres incisions et de la trépanation de l'os iliaque, elle constitue l'opération d'urgence et préserve, à coup sûr, sauf dans les cas où l'on intervient trop tard, de la rupture du foyer dans l'intestin, rupture que, à leur époque, Chassaignac et Grisolle déclaraient toujours mortelle. En drainant largement l'espace de Bogros et en maintenant le drainage jusqu'à assèchement complet de la cavité suppurante, on se mettra enfin en garde contre les complications vasculaires, telles que thromboses et ulcérations des vaisseaux iliaques externes, dont Polaillon a rapporté un exemple. Il s'agissait d'une femme atteinte de psoïtis et qui succomba à une embolie cardiaque, dont le point de départ était une phlébite par propagation de la veine iliaque externe.

B.— **Indications tenant à l'absence de diagnostic précis.**

Nous venons de passer en revue les diverses lésions qui peuvent donner lieu à intervenir par la voie sous-péritonéale de préférence à d'autres méthodes. Nous avons chaque fois supposé que l'étude soignée des commémoratifs, un examen physique complet, avaient fixé à peu près complètement le siège, les limites, les connexions de la lésion. Mais il n'en est pas toujours ainsi : non seulement on hésite souvent entre un pyo-salpinx et un abcès pelvien, mais il arrive que les lésions sont complexes et que le processus inflammatoire a envahi une grande partie du bassin, modifié les rapports des organes, masqué l'origine de l'affection. Dans ces cas, à l'encontre de ce que prétendent certains chirurgiens qui font systématiquement la laparotomie médiane, il nous semble qu'il peut y avoir des avantages réels à inciser le long de l'arcade de Fallope, à décoller le péritoine et à mettre à nu les lésions sans risques de blesser l'intestin adhérent ni d'ensemencer la grande cavité séreuse.

Par ce moyen, qui ne demande pas une grande incision et met à l'abri des éventrations post-opératoires, on explore très commodément le petit bassin, où l'on reconnaît rapidement la présence d'une tumeur salpingée ou périsalpingée, d'une collection sanguine, d'exsudats ou d'adhérences péritonéales ; à droite, il est facile de distinguer si l'on est en présence d'une lésion appendiculaire ou annexielle. Il en fut ainsi pour une malade opérée en juillet dernier par M. le professeur Forgue : il s'agissait d'une femme d'une quarantaine d'années qui présentait, dans la région iliaque droite, une tuméfaction paraissant plonger dans le petit bassin, sans qu'il fût possible de préciser ses connexions inférieures. L'étude des commémoratifs et des signes objectifs ne permettait pas de se prononcer entre une appendicite chronique

et un pyosalpinx. M. le professeur Forgue commença l'intervention par l'incision de Pozzi : le péritoine décollé, on reconnut, à travers le feuillet iliaque de la séreuse, le cæcum augmenté de volume; il existait en même temps dans le petit bassin une poche d'hydro-salpinx. La séreuse incisée, on trouva une néoplasie cæcale qui fut réséquée; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer iléo-cæcal. Dans ce cas, qui eût été justiciable d'une laparotomie latérale si le diagnostic eût été fait, le premier temps de l'intervention, l'ouverture d'une voie d'accès vers la tumeur, pratiquée en dehors du péritoine, permit à la fois le diagnostic et l'exérèse.

Or, cette manière de procéder, suivie dans cette circonstance à cause d'une indécision dans le diagnostic, a été conseillée par Tansini dans tous les cas où on se propose de pratiquer la résection iléo-cæcale. « Le professeur Tansini, de Palerme, dit M. Forgue [1], a montré qu'on peut améliorer ces interventions toujours longues, et atténuer leur gravité, en pratiquant le décollement de la séreuse, la plus grande partie du dégagement de la tumeur se faisant en dehors du péritoine; Novaro et Körte avaient déjà suivi cette voie extra-péritonéale. Puis, quand ce détachement extra-séreux de la masse a été poussé aussi loin qu'il peut aller, on ouvre le péritoine et l'on procède, après placement de pinces souples ou de ligature élastique, à la section du colon et de l'iléon ».

Dans plusieurs observations citées à la fin de ce travail, les lésions étaient trop anciennes et trop étendues pour qu'il ait été possible de préciser le point primitivement atteint : dans l'observation II de M. Pozzi, il existait, à droite, une tumeur adhérente à l'os iliaque, étalée, dure et douloureuse, du volume du poing; par le toucher rectal, on sentait qu'elle était absolument fixe. L'incision sous-péritonéale permit de reconnaître qu'il s'agis-

[1] *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1898, tom. II, pag. 749.

sait de ganglions suppurés entourés d'une coque de péri-adénite. De même, dans le cas opéré en 1882, par Lucas-Championnière et que cet auteur rapporta à la Société de chirurgie dans la courte discussion qui suivit la communication de M. Pozzi, l'intervention mise en œuvre spontanément par cet auteur fut à la fois exploratrice et curatrice. Il s'agissait d'une jeune femme récemment accouchée et presque agonisante ; elle avait des vomissements et un hoquet incessants, des douleurs abdominales très violentes, et, comme seul signe objectif, un peu d'empâtement du cul-de-sac droit. L'intervention, qui fut laborieuse, amena la découverte « d'un ganglion gros comme un œuf de pigeon, qui contenait un peu de pus ». La malade, qui était presque mourante, cessa d'avoir des vomissements, se remit peu à peu, et finit par guérir.

Il est d'ailleurs à peu près impossible, dans les cas d'adénite iliaque, d'affirmer le diagnostic par les seuls moyens d'exploration, et c'est autant dans le but de vérifier la nature de la lésion, sans aucun danger opératoire, que de la traiter, qu'on pourra, à l'exemple de Championnière et Pozzi, suivre la voie sous-péritonéale.

Enfin, pour finir par des cas qui, tout en étant des raretés cliniques, peuvent cependant se rencontrer, puisque Doyen en a opéré un par cette voie, des kystes dermoïdes suppurés peuvent être reconnus et opérés par cette voie ; de même des abcès adhérents de l'ovaire non diagnostiqués : l'absence de diagnostic est une indication à intervenir par ce moyen, et l'innocuité de l'opération en assure à l'avance les résultats, tout au moins comme moyen d'attente.

On voit donc que, dans les lésions pelviennes dont la nature n'apparaît pas clairement au chirurgien après des examens cliniques répétés, l'incision sous-péritonéale peut rendre des services qu'il est bon de ne pas oublier. Elle permet, sans faire courir aucun risque à la malade, de vérifier très exactement un diagnos-

tic sans ouvrir le ventre et peut n'être, dans tous les cas, que le premier temps d'une intervention plus complexe et plus franchement abdominale. Ainsi comprise, elle réalise tous les désiderata des meilleurs moyens sanglants d'exploration.

C. — **Indications tenant à l'état général du sujet.**

La gravité de l'état général qui interdit une opération aussi traumatisante que l'ouverture de l'abdomen ou l'hystérectomie vaginale, fournit à l'incision de Pozzi ses plus fréquentes indications. Dans bien des cas de phlegmons pelviens, le drainage immédiat s'impose, et, chez une malade cachectique, épuisée par plusieurs mois de suppuration, dont les lésions se sont compliquées d'une fistule rectale ou vaginale par où s'est faite une poly-infection, il faut choisir entre plusieurs traumatismes opératoires celui qui a le moins de chance de provoquer un schok mortel. La rétention purulente a vite fait de diminuer la vitalité des organes et des tissus, et la résistance du système nerveux abdominal. Chez des malades épuisées par des phénomènes de résorption septique, le péritoine ouvert par la laparotomie est défavorablement impressionné par le refroidissement, le contact de l'air, les modifications de la pression abdominale ; l'intestin lui-même peut en souffrir ; comme on l'a bien observé ces dernières années chez les laparotomisées qui mouraient sans qu'il soit possible d'incriminer une faute opératoire, les mouvements péristaltiques s'affaiblissent et cessent ; l'intestin paralysé, la muqueuse ne fonctionne plus et ne résorbe rien, les gaz augmentent de quantité et distendent ses parois, les microbes pullulent et augmentent de virulence dans les liquides stagnants, la diapédèse commence ; et cette stase généralisée est le premier acte d'une infection générale mortelle malgré les injections de sérum à haute dose, malgré le lavage du péritoine.

Aussi faut-il, dans un certain nombre de cas, respecter cette susceptibilité menaçante des tissus; en évitant une opération, même d'assez courte durée, comme la suture des lèvres d'une poche purulente à la paroi, on ne risquera pas de provoquer des réflexes péritonéaux dont les manœuvres compliquées, la mise à nu de l'intestin ne peuvent mettre à coup sûr à l'abri.

Il en est de même de l'hystérectomie vaginale, qui partage avec la laparotomie les contre-indications d'un état général trop défectueux.

La lecture des observations montre d'ailleurs que souvent le choix de l'intervention a été commandé par la gravité des phénomènes généraux. La malade de l'observation I, de Pozzi, était arrivée à l'hecticité et avait une fistule vaginale. La malade de M. Dumas avait une eschare sacrée, était cachectique et n'avait pu résister à une tentative de laparotomie vraie. Dans un cas de Picqué, il s'agissait d'une albuminurique profondément émaciée, que M. Pozzi opéra au lendemain d'une crise d'urémie avec anasarque. La malade de Quénu était également dans des conditions peu brillantes; affaiblie par des sueurs continuelles et des troubles digestifs, elle atteignait le soir jusqu'à 39 et 39°,8. Dans un cas de Legueu, il s'agissait d'une jeune femme épuisée par la fièvre hectique ; enfin, dans l'observation de M. le professeur Grynfeltt, la suppuration avait, malgré deux opérations antérieures, tellement épuisé la malade que celle-ci était à bout de forces. Dans tous ces cas, sauf dans le dernier qui était désespéré, le drainage par la voie sous-péritonéale ne donna lieu à aucun accident, et la cessation des symptômes alarmants fut immédiate. Le drainage, large et permanent, aidé dans son action de décharge par l'incision du vagin et de lavages répétés supprima les phénomènes de rétention septique. Si la guérison complète ne survint pas dans tous les cas parce que les lésions étaient étendues à tout le bassin, l'amélioration, sensible dès le début, s'accentua assez

pour permettre et rendre inoffensive une opération secondaire radicale telle que l'hystérectomie vaginale.

En réalité, ainsi que le démontrent plusieurs observations et qu'il est facile de le supposer quand il s'agit de lésions très étendues, l'incision sous-péritonéale se réduira le plus souvent à une opération d'attente. Mais dans les cas de suppurations péri-utérines graves où des laparotomistes consommés comme Terrier et Bouilly n'ont pas craint de dire que « toutes les interventions, y compris les laparotomies les mieux conduites, deviennent très sérieuses », cette opération d'attente peut rendre des services considérables. A ce titre, l'incision sous-péritonéale mérite d'être placée à côté des opérations conservatrices.

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS

S'il est souvent difficile d'établir nettement les conditions d'intervention par la voie sous-péritonéale, il est par contre fort simple d'énoncer un certain nombre de lésions qui sont susceptibles de bénéficier d'un meilleur mode de traitement. Toutes les fois où il sera possible, sans dangers sérieux pour la malade, de substituer à une opération purement palliative comme l'évacuation simple du pus une intervention radicale qui supprime la cavité suppurante, on ouvrira franchement l'abdomen, et on agira à ciel ouvert : la laparotomie vraie permettra l'exploration totale du pelvis, l'extirpation des pyosalpinx mobilisables ou décorticables, et toute une série d'opérations conservatrices qui peuvent rendre des services, comme la résection et l'ignipuncture d'un ovaire malade, la salpingorrhaphie et la salpingostomie.

Dans d'autres cas, l'hystérectomie vaginale, devenue entre les mains des chirurgiens qui l'ont souvent pratiquée, une opération sûre, ouvrira largement le bassin au point déclive et permettra, si des adhérences ne les ont pas solidement enclavées, d'enlever les annexes incurablement atteintes. Ces deux opérations, qui sont, à l'heure actuelle, les deux grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes, ne peuvent évidemment être mises en parallèle avec le moyen de drainage qu'est l'incision sous-périnéale ; elles héritent, au contraire, de tous les cas où cette dernière est inefficace ou insuffisante.

Il s'ensuit que l'incision inguino-sous-péritonéale est un moyen dont l'indication ne sera pas à discuter dans un grand nombre de cas où, d'emblée, il y a lieu de mettre en œuvre soit la laparotomie, soit l'hystérectomie vaginale. Ces cas sont les suivants:

1° Tout d'abord, les lésions aiguës, diffuses, post-puerpérales, bombant vers le vagin, repoussant l'utérus en avant. Très souvent au début, la colpotomie est suffisante pour faire regresser ces lésions, et, sauf les cas où il persiste de la péri-métrite, il n'y a pas lieu d'intervenir d'une autre façon ;

2° Les salpingo-ovarites non kystiques, uni ou bilatérales demandent l'incision franche. « Seule, dit Delbet, l'ouverture du péritoine permet d'examiner par la vue et par le toucher l'état des parties ; seule, elle permet d'apprécier le degré et l'étendue des lésions ; seule, par conséquent, elle permet d'agir en toute connaissance de cause. C'est de toutes les méthodes la plus rationnelle, et c'est aussi la plus efficace » ;

3° De même, lorsqu'un pyosalpinx sera unilatéral, qu'il n'aura jamais provoqué de poussées de pelvi-péritonite qui auraient pu le fixer aux organes voisins, qu'il a par conséquent de grandes chances d'être mobile et extirpable, on doit tenter de le supprimer en ouvrant l'abdomen. On en profite pour examiner l'état des annexes du côté opposé et remédier à leurs lésions ;

4° Toutes les fois qu'il n'existe aucun doute sur l'incurabilité médicale des lésions et leur bilatéralité, l'état général de la malade étant bon, l'hystérectomie vaginale s'impose. Cette conclusion, qui était celle de Segond, dans la première édition du *Traité de Chirurgie*, et qu'il a bien souvent affirmée depuis, en particulier au Congrès de Bruxelles, est actuellement admise par la plupart des chirurgiens ;

5° Si la rupture d'une poche suppurée a provoqué une péritonite, il est évident qu'il faut agir comme si la péritonite était le fait initial, c'est-à-dire ouvrir le ventre, laver et drainer ;

6° Quand, dans les affections inflammatoires anciennes du bassin, il y a des brides, des adhérences jetées d'un organe à un autre, comprimant l'intestin et provoquant des symptômes d'occlusion intestinale, la laparotomie reprend tous ses droits. Elle seule permet d'aller directement sur la lésion, de libérer les viscères, de sectionner les adhérences, de replacer les organes en leur position normale.

OBSERVATIONS

Première Observation.

Hosmer ; *Boston med. and surg. J.*, 1882, tom. CVI, pag. 346. — Cellulitis of the broad ligament. Abscess : tumour becoming supra pelvis. Extraperitoneal incision. Recovery.

(Rapportée par Delbet, pag. 598).

Primipare, 35 ans. Accouchée il y a un an. Elle eut un frisson et de la fièvre 48 heures après son accouchement. Il s'ensuivit une douleur dans l'aine gauche, puis une tumeur qui devint fluctuante quelque temps après. On fit deux ponctions abdominales. Le liquide se reproduisit (1/2 pinte de pus). Incision abdominale d'un pouce et demi de long au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure parallèle au ligament de Poupart. «De là en enfonçant le doigt dans la profondeur en dehors du péritoine, il parvint à la tumeur, l'ouvrit et plaça un tube à drainage ». Guérison.

Observation II.

Polk ; Obs. Soc. of New-York, 17 novembre 1885. *Ann. J. of Obst.*, pag. 65, Extraperitoneal incision of a smale pelvic abscess.

(Rapportée par Delbet, pag. 579).

Une femme entre à Bellevue Hôpital, avec un abcès pelvien saillant dans le cul-de-sac postérieur. Il l'incise et le draine par le vagin : mais, après une première amélioration, la malade devient

hectique. Pensant qu'il y avait une autre collection purulente, Polk introduit le doigt dans la cavité de l'abcès pour l'explorer, mais ne sent rien. Deux semaines plus tard, la malade est anesthésiée. Avec un doigt dans le rectum, on sent une masse molle non fluctuante du volume d'un œuf de pigeon derrière le ligament large et adhérente à la paroi pelvienne, juste au-dessus de l'épine de l'ischion. Cette masse ne faisait saillie ni du côté du rectum, ni du côté du vagin, et le problème était de l'atteindre. On ne pouvait l'ouvrir et la drainer par la laparotomie, ses parois n'auraient pu être suturées à la paroi abdominale. L'atteindre par le vagin ou le rectum était trop dangereux, en raison de la distance des vaisseaux de l'uretère. Il n'y avait d'autre moyen que de chercher à cheminer entre la cavité abdominale et la paroi pelvienne. Incision comme pour la ligature de l'iliaque commune. Le péritoine fut facilement décollé jusqu'au détroit supérieur, alors l'index fut glissé le long de la paroi du petit bassin, jusqu'à ce que la résistance eut montré qu'on avait atteint la région des adhérences qui entourent le foyer. La cavité fut ouverte avec le doigt. Il s'écoula une once de pus fétide. Un tube à drainage fut placé et la cavité nettoyée. Nettoyage 2 fois par jour. La malade était en voie de guérison quand cette observation fut publiée.

Observation III (Résumée).

(In communication de M. **Pozzi** à la Société de Chirurgie. 14 avril 1886).

Abcès pelvien avec fistule vaginale.— Hecticité.— Laparotomie sous-péritonéale.— Drainage. — Guérison.

A... Rose, 33 ans, couturière, entre le 4 février 1885, hôpital Pascal.

Antécédents sans intérêt.

Réglée à 14 ans, très régulièrement ; pas de syphilis, pas d'enfants, pas de fausses couches.

En avril 1884, sans cause déterminante ou avouée, la malade

ressentit une douleur aiguë partant de l'aine, descendant dans la cuisse et jusqu'au genou gauche. Il y eut de la fièvre et écoulement de pus par le vagin. Une fistule persista qui s'oblitérait fréquemment, et alors survenait une fièvre intense.

Elle entra à Lariboisière, où le diagnostic écrit fut périmétrite, puis pelvipéritonite ; ouverture d'un phlegmon par le vagin ; fistule persistante.

Elle passa dans le service de M. Pozzi, le 4 février 1885.

Etat actuel.— La malade, très amaigrie, a de la fièvre tous les soirs. Le toucher vaginal montre la tumeur immobile, mais il n'y a pas de tumeur dans les culs-de-sac. Rien au toucher rectal. L'examen au speculum décèle une fistule, en rejetant le col en haut.

La tumeur se délimitait bien dans la fosse iliaque, du volume du poing.

Si on plonge un stylet dans la fistule, il pénètre de 6 centim. sans provoquer de douleur.

Pendant plusieurs jours, on cherche à dilater l'orifice de la fistule avec des laminaires et à laver la poche, mais on y parvient mal et la fièvre de rétention persiste. M. Pozzi se décide alors à aller à la recherche du foyer en décollant le péritoine.

Opération le 30 *mars.* — Anesthésie et soins antiseptiques. M. Pozzi pratique une incision de 12 centim. de long environ, concave en haut, commençant à 3 centim. de l'épine du pubis, éloignée, d'abord de 1, puis de 2 travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope.

Incision couche par couche ; le péritoine est décollé avec les doigts ; on arrive ainsi sur une petite tumeur dépressible en dedans de l'iliaque externe ; elle est ponctionnée avec le trocart courbe de Chassaignac, dont la pointe vient ressortir dans le cul-de-sac postérieur, aux environs de l'orifice du trajet fistuleux.

Un grand tube à drainage est placé sortant d'une part par la vulve, et de l'autre par l'incision opérée. Un fil réunit les deux extrémités de ce drain.

Deux tubes en canon de fusil sont accolés et posés debout dans l'ouverture de la poche déchirée et agrandie avec les doigts (cette poche ne dépasse pas le volume du poing).

Injection d'eau phéniquée forte ; deux points de suture dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement de Lister.

La guérison fut complète en cinq semaines.

Revue au bout de quatorze mois, la malade allait très bien ; l'utérus était encore immobilisé, mais on ne sentait plus de tumeur.

Observation IV (Résumée).

(In communication de M. **Pozzi**).

Adéno-lymphite péri-utérine. — Laparotomie sous-péritonéale. — Enucléation de ganglions dans la fosse iliaque et le petit bassin. — Amélioration.

J... Marie, 29 ans, modiste, entre le 9 juillet 1895 à l'hôpital Pascal.

Antécédents. — Scarlatine et bubon scarlatineux dans l'enfance.

Réglée à 12 ans, toujours très régulièrement.

Un enfant à 19 ans ; bonnes suites de couches. Il y a sept ans, péritonite sans cause connue. Séjour au lit de trois semaines.

Il y a deux ans, métrite qui dure deux mois. Guérison complète sans phénomènes douloureux.

L'affection actuelle débute, il y a quatre mois et demi, à la suite d'un refroidissement le premier jour des règles. Le lendemain, douleurs dans le bas-ventre, fièvre, frissons. La malade doit garder le lit.

Le 2 mai 1895, entre à Lariboisière avec le diagnostic de phlegmon du ligament large. Traitement médical. Vers le 15 juin, issue par le rectum d'une grande quantité de pus. L'écoulement, qui dure huit jours, fait disparaître les douleurs et toute la fièvre.

9 juillet, passage à l'hôpital Broca.

Etat actuel. — Douleurs vives dans le bas-ventre avec irradiations douloureuses dans la cuisse droite. Inappétence. Fièvre légère le soir.

Fosse iliaque gauche complètement libre.

A droite existe une tumeur étalée, adhérente à l'os iliaque, dure et douloureuse à la pression, du volume du poing.

Le cul-de-sac latéral gauche est libre. A droite, il est effacé par la présence d'une tumeur dure, douloureuse, sans aucune apparence de fluctuation et qui se continue manifestement en haut avec la tumeur de la fosse iliaque.

Le toucher rectal permet d'apprécier de nouveau l'existence de la tumeur à droite, sa grande dureté et sa fixation exacte à la paroi pelvienne sur laquelle elle n'offre aucune mobilité.

La fièvre, les douleurs, les antécédents, permettent de supposer qu'il se fait un travail de suppuration dans la fosse iliaque, et M. Pozzi se décide à aller l'inciser en décollant le péritoine.

Opération le 13 juillet. — Anesthésie chloroformique. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Le péritoine est soulevé, et le doigt arrive en dedans des vaisseaux iliaques externes sur une tumeur arrondie, rénitente, mais non fluctuante et dont le toucher vaginal permet d'établir la continuité avec la tumeur à caractères analogues qui occupe le cul-de-sac latéral droit.

Une ponction exploratrice, faite avec un petit trocart dans la tumeur mise à nu, ne donne issue à aucune matière liquide.

Par la piqûre se fait un écoulement sanguin en nappe. Une exploration attentive permet bientôt de reconnaître là un ganglion enflammé dont l'énucléation est faite assez facilement avec les doigts.

Son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule. Il est situé au niveau du détroit supérieur.

Derrière lui et plus profondément dans le petit bassin, arrivant jusque sur les parties latérales de l'utérus, un autre ganglion de même volume est extrait de la même façon. Ni l'un ni l'autre ne sont suppurés.

On peut alors arriver sur un troisième situé au voisinage immédiat du cul-de-sac vaginal ; par prudence et de crainte d'hémorrhagie dangereuse à cette profondeur considérable, il est laissé en place.

De l'extraction des deux premiers ganglions résulte la formation d'une cavité dans laquelle on sent battre l'artère iliaque interne, descendant inférieurement jusqu'au cul-de-sac vaginal. Cette cavité saignante est badigeonnée avec du chlorure de zinc à 1 p. 10, puis drainée.

Suite très simple. Trois semaines après, la cicatrisation est complète après une suppuration médiocre de courte durée. La malade sort le 16 septembre, deux mois après l'intervention : le palper montre que la tumeur de la fosse iliaque a disparu ; mais le toucher vaginal permet de sentir dans le cul-de-sac droit une induration très circonscrite et ne formant plus saillie.

En résumé, amélioration considérable de l'état anatomique, cessation des phénomènes inflammatoires mais persistance de phénomènes névralgiques.

Observation V (Résumée).

(In communication de M **Pozzi**).

Paramétrite plastique et suppurée. — Fistule rectale. — Laparotomie sous-péritonéale exploratrice. — Pas d'accidents.

B. E..., 35 ans, couturière, entrée le 20 octobre 1885, à l'hôpital Pascal.

Antécédents. — Réglée à 11 ans, menstruation régulière. — Trois enfants.

Il y a un an, sans cause connue, élancements douloureux dans la fosse iliaque droite, surtout accentués au moment des règles.

Il y a six mois environ, à la suite d'un refroidissement pendant la période menstruelle, apparaissent les phénomènes de phlegmon péri-utérin.

Etat à l'entrée. — L'utérus, volumineux, est immobilisé dans le petit bassin, et il existe un empâtement ligneux dans le cul-de-sac latéral droit. Il y a eu, trois semaines avant, issue par le rectum d'une certaine quantité de pus.

La malade reste dans le service pendant quatre mois, avec des alternatives variables, rendant de temps en temps du pus par le rectum et toujours exposée à des douleurs abdominales intenses.

L'examen le plus consciencieux, plusieurs fois répété, ne permet de reconnaître aucune tumeur dans les fosses iliaques et aucun point fluctuant ou dépressible dans les culs-de-sac vaginaux. Toutefois, l'écoulement intermittent de pus par le rectum ne permet guère de douter qu'il y ait un foyer pyogénique au milieu des produits plastiques péri-utérins.

Encouragé par une précédente opération, M. Pozzi se décide à faire une incision exploratrice.

Opération. — Le 11 mars 1886, laparotomie sous-péritonéale à droite ; le péritoine est excessivement adhérent en dedans des vaisseaux iliaques externes ; il se déchire dans une étendue de 4 centim. environ et est immédiatement suturé au catgut. On poursuit le décollement de la séreuse un peu plus bas, jusqu'à ce que le doigt introduit par la plaie ne soit séparé du doigt introduit dans le vagin que par une épaisseur de tissu d'environ 2 centim. En explorant de tous côtés la base du ligament large et les parties latérales de l'utérus, on ne sent aucun point dépressible, mais seulement des masses indurées. Il est facile de palper l'utérus à travers le péritoine décollé, et d'apprécier sa grande augmentation de volume ; une bride très tendue (qui pourrait être la trompe adhérente) existe sur sa partie latérale.

La recherche est alors abandonnée, un drain placé dans la profondeur de la plaie, qui est refermée par deux plans de suture 5 points au catgut sur l'aponévrose du grand oblique, 3 sutures ; profondes au fil d'argent comprennent à la fois les plans profond et superficiel, 9 points métalliques superficiels.

Les suites de l'opération furent très simples ; il survint pourtant un peu de suppuration superficielle. Trois semaines après, la cicatrisation était complète.

Une amélioration considérable des phénomènes douloureux s'est produite depuis cette époque, et l'opération paraît avoir réellement provoqué une certaine résolution dans l'empâtement péri-utérin. La fistule rectale persiste cependant, et la malade, quoique améliorée, n'est nullement guérie.

Observation VI

(In communication de M. **Pozzi**).

Incision exploratrice sous-péritonéale pour périmétrite. — Déchirure de la séreuse, évacuation de pus par le rectum.

Une femme présentait, depuis deux ans, des phénomènes de périmétrite avec fistule rectale. L'examen clinique, sous l'anesthésie, ne permit pas de découvrir de foyer accessible dans le petit bassin, et je sentis seulement des masses indurées péri-utérines par le toucher vaginal et le toucher rectal ; cependant, en présence de l'état grave de la malade qui était en proie à une poussée aiguë des plus menaçantes, je me décidai à faire une *incision exploratrice* par la voie sous-péritonéale. Elle fut pratiquée à droite, point de départ des premiers accidents. Là encore, adhérence extrême de la séreuse, que le doigt décolle avec peine au delà des vaisseaux iliaques, et qui se déchire dans une petite étendue : suture avec quatre points de catgut, continuation de la recherche, qui demeure négative. Mais, pendant cette exploration intra-pelvienne et sous l'influence sans doute de la malaxation des tissus indurés qui renfermaient une petite cavité purulente, brusque évacuation de deux à trois cuillerées de pus par le rectum, au cours de l'opération. Les suites furent bénignes.

Chute immédiate de la fièvre. Au moment de la communication de M. Pozzi, il y avait seulement dix jours d'écoulés depuis l'opération, et on pouvait seulement apprécier déjà son innocuité parfaite.

Observation VII (Résumée).

(In communication de M. **Pozzi**).

Énorme hématocèle rétro-utérine. — Laparotomie sous-péritonéale. — Drainage iliaque et ilio-vaginal. — Guérison complète.

K... J., 38 ans, entre le 27 juin 1885, à l'hôpital Pascal.

Antécédents. — Père mort de tuberculose.

Réglée à 13 ans. 5 enfants, le dernier a 27 ans. A 23 ans, fièvre typhoïde. A 32 ans, violente douleur dans le bas-ventre, douleur suivie d'accidents inflammatoires qui tiennent la malade au lit pendant deux mois.

En mai dernier, elle fait une chute et ressent une vive douleur dans le petit bassin. Cette douleur devient persistante et présente, de temps en temps, des exacerbations qui sont suivies d'expulsion de gros caillots sanguins. Huit jours après, la malade ressent de la fièvre.

Etat actuel, le 28 juin. — La malade est très anémiée. Temp. 38°,3 le soir. Le ventre, volumineux, est tendu, sensible à la pression ; la palpation permet de reconnaître une tumeur occupant toute la région hypogastrique et arrivant à l'ombilic, qu'elle ne dépasse pas sur la ligne médiane. Mais, à gauche, la tumeur s'élève de deux travers de doigt au-dessus de ce niveau, et paraît s'enfoncer profondément dans le flanc ; elle n'occupe que le tiers interne de la fosse iliaque de ce côté. A droite, la tumeur déborde dans la région sous-ombilicale, mais offre un développement beaucoup moindre que celui du côté gauche.

En recherchant la fluctuation, on éprouve plutôt une sensation d'élasticité et de rénitence, comme serait celle d'une poche modérément tendue.

Au toucher vaginal, on arrive difficilement sur le col, situé

très haut immédiatement en arrière du pubis, contre lequel il est comprimé par l'existence d'une tumeur considérable occupant les culs-de-sac latéraux et postérieur et surtout developpée à gauche. La combinaison du palper et du toucher permet de reconnaître que cette tumeur se continue directement avec celle de l'abdomen, qu'elle est fluctuante et qu'on renvoie le flot de l'une à l'autre. On diagnostique une *hématocéle rétro-utérine intra-péritonéale enkystée*.

Pendant les jours suivants, la malade présente de la fièvre. M. Pozzi, vu le volume considérable de la tumeur, qui rend improbable une résorption spontanée, et vu la menace de suppuration indiquée par le mouvement fébrile vespéral, se décide à pratiquer l'évacuation chirurgicale du foyer.

Opération le 5 juillet.— Incision dans la région iliaque gauche, commençant à 1 centim. au-dessus du ligament de Fallope, à 3 centim, en dehors de l'épine du pubis ; cette incision a environ 10 centim., et s'éloigne en dehors de l'arcade de 3 centim. Dissection couche par couche jusqu'au péritoine, qui est décollé avec le doigt par l'opérateur et maintenu par les doigts d'un aide. On soulève ainsi l'S iliaque, et on passe au-dessus des vaisseaux iliaques externes. En dedans de ceux-ci, on arrive sur la poche de l'hématocèle. Elle est d'abord ponctionnée avec un petit trocart ; il sort un liquide sanguin sirupeux, couleur chocolat. La poche est alors largement ouverte, avec le bistouri et le doigt; on enlève environ 500 gram. de caillots.

L'exploration très prudente de la poche permet de sentir les battements de l'iliaque interne dans la profondeur. Avec un gros trocart courbe de Chassaignac, M. Pozzi fait alors passer un drain de la cavité hématique dans le vagin à travers le cul-de-sac postérieur. On suture les parois de la poche à la peau pour éviter le contact des drains avec l'iliaque externe qui est en dehors du foyer, et on lave la poche avec de l'eau phéniquée à 1 p. 40.

Suites post-opératoires. — Les jours suivants, la température dépasse 38° le matin, atteint 39° le soir.

Les lavages donnent issue à des lambeaux sphacélés. Le 21 juillet, on supprime le drain vaginal. Quelques jours après, une forte pression sur l'abdomen fait expulser par la plaie une assez forte quantité de pus.

La suppuration continue, aggravée par une albuminurie passagère et cesse au commencement d'octobre. La malade quitte l'hôpital le 2 novembre : à ce moment, le ventre est souple, facilement dépressible, et la palpation ne fait sentir aucune tumeur profonde, le toucher vaginal permet de reconnaître que l'utérus, très peu mobile, est porté en avant, et que les culs-de-sac offrent de la résistance au toucher, par suite de la présence de brides cicatricielles.

Quelques jours après, il se produisit une rechute qui retarda la guérison définitive durant deux mois. La cicatrice de la fosse iliaque gauche s'ouvre, donne issue à du pus ; la pression de la fosse iliaque et le toucher vaginal combinés facilitent la sortie d'un pus abondant, épais. Sous l'anesthésie, on incise sur un trajet de 8 centim. les parties latérales et inférieures de la fosse iliaque droite. Dissection couche par couche jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le transverse ; il sort alors une grande quantité de pus venant d'une poche qui ne communique pas avec celle de la fosse iliaque gauche. Une ouverture fistuleuse se produit bientôt au fond de la plaie, il s'en écoule du pus ; on draine.

L'état général s'améliore peu à peu, et, au mois de janvier 1886, elle est présentée entièrement guérie à la Société de Chirurgie. M. Pozzi l'a revue à la fin du mois de mars de la même année. Elle avait repris son embonpoint et ne ressentait aucune douleur. La menstruation était normale.

Observation VIII (Résumée).

Métro-péritonite et pelvi-péritonite aiguës consécutives à un avortement.— Abcès du ligament large. — Fièvre hectique, inanition, marasme. — Tentative de laparotomie demeurée incomplète par suite d'adhérences. — Pénétration dans le foyer à travers la cavité péritonéale.— Drainage de part en part.— Guérison.

(**Léon Dumas** ; in *Annales de Gynécologie*, de mars 1887).

Le 22 février 1886, entre à la Clinique gynécologique, la nommée Marie A..., ménagère, âgée de 22 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans, elle est devenue trois fois enceinte. Deux grossesses normales terminées par l'expulsion naturelle de deux enfants vivants.

La troisième grossesse a été interrompue dans le courant du quatrième mois par un avortement provoqué par une chute. Hémorrhagie très abondante suivie, neuf jours après, par l'expulsion de l'œuf, en octobre 1886.

Quatre jours après, la malade reprenait ses occupations, lorsqu'un mois après, elle commence à souffrir au point qu'elle doit se mettre au lit. Depuis lors, malgré un traitement radical, les douleurs ont continué et se sont accompagnées de perte des forces, d'amaigrissement considérable.

A son entrée à l'hôpital, aspect général mauvais. Dénutrition profonde.

Sensations de douleur dans le bas-ventre et dans la région lombaire qui nécessitent le décubitus dorsal. *A l'examen*, ballonnement du ventre qui donne au palper une sensation d'empâtement. La pression sur le ventre est douloureuse. Le toucher vaginal est douloureux ; le col, dirigé en avant et à gauche, est très sensible, volumineux et ferme ; l'utérus est immobile, les

culs-de-sac ont perdu leur souplesse habituelle, surtout à gauche et en arrière, où il existe une induration manifeste et où la douleur est très vive.

Après quatre mois de traitement médical, pendant lequel l'état de la malade ne fit que s'aggraver, (apparition d'une large eschare au sacrum, d'une stomatite avec ulcération profonde de la joue gauche, émaciation progressive, cachexie), la malade finit par accepter une opération.

Le 24 juin 1886, celle-ci est pratiquée. — La malade n'a que « la peau sur les os ». L'état de la bouche s'est un peu amélioré ; la plaie du sacrum prend meilleur aspect ; mais l'inappétence est complète, les vomissements incessants, l'insomnie, l'agitation, ne cèdent plus à la morphine.

La tumeur pelvienne semble diminuée de volume. Examinée par le professeur Tédenat, elle donne la sensation de fluctuation.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Je vais tenter d'atteindre le foyer purulent par la laparotomie sous-péritonéale, telle qu'elle est décrite dans les observations de M. Pozzi. Une incision de 5 à 6 centim. de longueur est faite à la peau de l'abdomen, parallèlement à l'arcade crurale, et à 2 centim. au-dessus d'elle, immédiatement sur la tumeur. Les tissus sont incisés couche par couche jusqu'au péritoine. L'artère épigastrique est sectionnée. Le péritoine pariétal est ensuite décollé avec le doigt de haut en bas jusqu'au-dessous de l'infundibulum des vaisseaux fémoraux ; mais à partir de ce point le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi et le péritoine tellement adhérent qu'il est impossible de le décoller davantage. Il en est de même du côté de la paroi latérale du bassin.

Force est donc de pénétrer avec le doigt dans la cavité péritonéale, ce qui permet d'arriver directement sur la tumeur et de constater qu'elle est située dans l'épaisseur du ligament large. Cette pénétration semble d'ailleurs devoir être exempte de dan-

gers pour le péritoine, l'espace intra-péritonéal (*sic*) libre dans lequel le doigt pénètre se trouvant complètement isolé du reste de la cavité séreuse par de solides adhérences qui le circonscrivent de toutes parts et qui résultent évidemment des péritonites partielles dont les symptômes ont été constatés à plusieurs reprises. Il est notamment comme bouché en haut par l'anse intestinale dont nous avons déjà parlé, et qui se trouve immobilisée au devant de la tumeur par des adhérences tellement serrées que, voulant éviter de les rompre, j'éprouve une certaine difficulté pour la refouler en haut afin de la mettre à l'abri de la pointe du trocart. La surface de cette anse intestinale est assez fortement injectée.

La fluctuation, nettement perçue cette fois, est très marquée et occupe un espace très restreint. Elle ne se propage nullement jusqu'au cul-de-sac vaginal correspondant au fond duquel le doigt qui pratique le toucher ne perçoit qu'une résistance dure lorsque l'autre main déprime la tumeur par en haut. Celle-ci est d'ailleurs à peine mobile.

Un trocart droit, de petit calibre, conduit sur l'extrémité du doigt, est enfoncé au centre de la tumeur. Il s'écoule, à l'aide du Potain, une quinzaine de grammes d'un pus bien lié et extrêmement épais. On draine par le vagin, lavage minutieux du trajet. Pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes. Le trajet est lavé tous les jours avec de l'eau phéniquée tiède. Pansement à l'iodoforme. La suppuration augmente au bout de quelques jours pour atteindre son maximum le 21 juillet. Le pus ressort surtout par la plaie abdominale. La tumeur, de plus en plus molle, diminue graduellement. L'endolorissement du ventre cède à des cataplasmes émollients. Quelques jours après, le 1er juillet, la température atteint 39°,3. Cette élévation correspond à une dernière poussée de péritonite très légère qui cède

rapidement à quelques onctions avec l'onguent napolitain et à quelques cataplasmes.

L'état général s'améliore très rapidement, l'appétit et les forces reviennent en quelques jours. La plaie du sacrum se cicatrise. Le 31 juillet, elle sort sur sa demande.

M. Dumas, qui la revit deux mois après, la retrouva en excellente santé, absolument méconnaissable. Elle avait retiré le drain elle-même. Il ne restait plus trace de l'abcès pelvien ; aucune douleur du côté de l'utérus ni des annexes.

Observation IX.

Pelvi-péritonite suppurée. — Laparotomie sous-péritonéale. — Drainage iliaque et iléo-vaginal. — Guérison.

(**Jeannel** ; in *Revue médicale de Toulouse*, 1er mai 1887).

P..., 26 ans. Fausse-couche il y a trois ou quatre ans. Malade depuis cinq semaines. Elle fut prise alors d'un gros frisson accompagné de perte de connaissance, de douleurs, de gonflement de ventre, de nausées, avec absence d'émission de gaz par l'anus. La fièvre persiste à 38 et 39°. La douleur se localise dans le bas-ventre un peu à gauche. Une tumeur apparaît dans la région douloureuse et augmente progressivement de volume jusqu'à égaler deux poings. Cystite. 15 jours après, règles à l'époque normale. La tumeur paraît toujours, devient très douloureuse. Amaigrissement. 9 juin, ventre légèrement ballonné. Au-dessus du pubis incliné vers la fosse iliaque gauche, mais n'y adhérant pas, tumeur arrondie, visible à l'œil nu, plongeant dans le petit bassin, remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic, très sensible à la pression, d'une sonorité obscure. Fluctuation difficile à constater. L'utérus est incliné en bas, en arrière et à gauche. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur tendue, indépendante de la matrice. Le rectum est comprimé par

la tumeur. Le doigt rectal et la main abdominale trouvent un flot très net.

Diagnostic. — Hématocèle rétro-utérine probable ayant provoqué une pelvi-péritonite suppurée. La tumeur s'accroît et devient plus douloureuse.

Le 19, *opération.* Incision de 8 centim. le long de l'arcade crurale. « Je décolle le péritoine doublé de son fascia ; une anse intestinale est soulevée dans la profondeur. De même un gros cordon blanc, l'uretère sans doute. J'arrive ainsi sur une poche fluctuante intra-péritonéale ; après hémostase complète, je ponctionne cette poche avec un petit trocart explorateur ; une goutte de pus s'écoule, je glisse sur le trocart un bistouri, et j'ouvre une boutonnière par laquelle s'écoule un flot de pus phlegmoneux, plus d'un litre. Drainage abdomino-vaginal avec un trocart courbe de Chassaignac ; en outre deux gros drains debout dans la poche.

Il fut difficile de placer les drains vaginaux en raison de l'épaisseur des tissus à traverser. Pas d'injection par les drains, dans la crainte de rupture de la poche». Pansement iodoformé. Pansement le soir. Lavages. Sort le 21 avec une fistule, qui donne une cuillerée à bouche de pus blanc par jour.

Observation X.

Suppuration pelvienne précédée de phénomènes péritonitiques graves. — Laparotomie sous-péritonéale. — Guérison.

Picqué ; *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 nov. 1891

Une jeune femme, qui avait récemment présenté des phénomènes péritonitiques graves, portait une volumineuse poche purulente dans sa fosse iliaque gauche.

Laparotomie sous-péritonéale par MM. Périer et Piqué. Le cas était complexe : la poche était ouverte dans le rectum, on eut

une certaine difficulté à trouver le point de ponction, mais l'opération se termina très heureusement, et les phénomènes graves disparurent rapidement.

La tumeur persista longtemps ; l'écoulement paraissait intarissable ; néanmoins, avec un bon drainage et des injections antiseptiques bien dirigées, la suppuration diminua peu à peu et disparut complètement.

Un an après l'opération, M. Picqué revoit la malade, qui est complètement guérie : l'utérus est mobile et la palpation bimanuelle ne décèle aucune tuméfaction. L'état général est excellent ; la malade a beaucoup engraissé.

Observation XI.

Pyosalpinx chez une malade atteinte de néphrite (albuminurie, anasarque, vomissements et diarrhée colliquative, dyspnée urémique). — Laparotomie sous-péritonéale. — Guérison.

Picqué ; *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 novembre 1891.

Cette malade, observée par M. Picqué à l'hôpital Broca, présentait une énorme collection purulente dans la trompe gauche. La malade était profondément émaciée ; la température oscillait chaque soir entre 39°,5 et 40 : de plus, elle présentait des lésions sérieuses du côté des reins. Albumine abondante ; poussées d'anasarque ; vomissements alternant avec une diarrhée colliquative ; phénomènes de dyspnée urémique. M. Picqué se proposait de l'opérer, lorsqu'une anasarque généralisée lui fit reculer l'intervention. M. Pozzi reprit le service et lui pratiqua une laparotomie sous-péritonéale.

Un ans après l'opération, le résultat était excellent ; la malade avait engraissé, l'albuminurie avait complètement disparu, la tumeur n'existait plus, et il ne restait aucune fistule.

Doyen ; Communication au Congrès de Gynécologie de Bruxelles, 1892, pag. 188.

Nous avons observé trois fois d'énormes indurations péri-utérines à marche subaiguë et sans tendance à la formation d'une collection purulente.

Ces trois femmes, jeunes, et en dehors de l'état puerpéral, présentaient les signes d'un affaiblissement progressif. L'état grave était des plus inquiétants. Le médecin traitant croyait, chez l'une d'elles, à un cancer.

Nous avons porté le diagnostic de masses inflammatoires pelviennes sous-péritonéales ; le début remontait à plusieurs mois ; la température oscillait aux environs de 38°,5, et, dans l'un des cas, elle dépassa même 39°.

Nous avons pratiqué chaque fois, de propos délibéré, l'incision inguino-sous-péritonéale. Cette voie nous permit d'atteindre aisément les masses inflammatoires, en plein ligament large, et de les dissocier jusqu'au niveau du cul-de-sac latéral du vagin.

Les masses, infiltrées de lymphe plastique, occupaient le bord externe du ligament large et se trouvaient en contact avec la paroi pelvienne. Elles étaient au voisinage de la chaîne des ganglions iliaques, où aboutissent des vaisseaux du vagin et du col utérin qu'a décrits Poirier ; la sérosité qui s'écoule de ces tissus enflammés est le plus souvent assez riche en bactéries et se montre en tous points semblable à celle que l'on extrait, par l'incision précoce d'un phlegmon circonscrit.

Observation XII.

Tubo-ovarite avec péritonite simulant un phlegmon du ligament large. — Drainage par la voie sous-péritonéale. — Guérison.

(Observation de **Quénu**, in thèse de **Montprofit**, pag. 126).

Jeune femme de 25 ans. Deuxième accouchement au mois de septembre 1887. Quinze jours après, elle est prise de douleurs

siégeant dans la fosse iliaque gauche, et d'accès de fièvre ; chaque soir, température entre 38°,5 et 39°,8. Quelquefois, le matin, apyrexie.

Je suis appelé pour la voir au commencement du mois de novembre. Je trouve une jeune femme pâle, amaigrie, épuisée par des sueurs continuelles et par des alternatives de diarrhée et de constipation.

Examen de l'abdomen. — Le ventre est légèrement ballonné à gauche, au-dessus du tiers interne du ligament de Fallope et débordant l'épine du pubis en dedans, on trouve une tumeur en *plaque*, dure, douloureuse, s'élevant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'arcade. *Au toucher,* le cul-de-sac gauche est effacé et rempli par une tumeur douloureuse, qui se continue avec la tumeur perçue par le palper abdominal.

Opération. — Je me décide à intervenir. La malade est chloroformisée. Je pratique une incision à 2 centim. au-dessus de l'arcade et parallèle à celle-ci, et, incisant couche par couche, je traverse le fascia transversalis et arrive sous le péritoine sans trouver aucune collection purulente ; mon doigt décolle le péritoine sans rien trouver. Alors, pratiquant le toucher vaginal, je constate qu'il n'existe entre mes deux index que l'épaisseur de la paroi vaginale. Il n'existe donc rien dans les couches sous-péritonéales. Saisissant alors le péritoine avec deux pinces à disséquer, je le déchire : aussitôt s'écoule environ une cuillerée à soupe de pus et j'arrive dans une petite poche pouvant contenir un œuf de poule, et au fond de laquelle se trouve le pavillon de la trompe très reconnaissable avec ses franges, et présentant peu d'altération. Immédiatement au-dessous je trouve une autre petite cavité distincte de la précédente, contenant l'ovaire entouré d'environ 20 gram. de pus. Je pratique un lavage antiseptique de la cavité, et je place un drain.

La température tombe le soir même et depuis n'a jamais

dépassé 37°. Les douleurs disparaissent, l'amélioration est rapide. Je revois la malade au mois de décembre, elle est guérie ; il persiste encore une légère induration absolument indolore.

Observation XIII.

Phlegmon du ligament large. — Collection purulente très élevée, état général très grave, hecticité. — Laparotomie sous-péritonéale. — Amélioration considérable.

(Due à l'obligeance de M. le Dr **F. Legueu**, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris).

D..., ménagère, âgée de 30 ans, entre le 22 août 1895 à l'hôpital Broussais, salle Broca.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a deux mois. Elle a présenté de la fièvre quinze jours après son dernier accouchement ainsi que des symptômes de *pelvi-péritonite* (douleurs abdominales, vomissements). Elle a été traitée chez elle par le repos au lit, des applications de sangsues et de glace. La fièvre a persisté et la malade a maigri considérablement.

A l'examen, le 13 septembre 1895. La malade, d'une pâleur très prononcée, a un aspect de septicémie. Temp. 39°. Amaigrissement extrême.

A l'inspection, le ventre n'est pas ballonné. *A la palpation*, il est douloureux ; en haut et à droite du pubis, on sent par dépression de la paroi une grosse masse *dure, douloureuse,* donnant la sensation d'un plastron, mais ne faisant pas corps avec la paroi abdominale.

Rien à gauche.

Toucher vaginal. — L'utérus est haut, immobile ; dans le cul-de-sac latéral gauche, rien de net ; à droite on sent une tuméfaction *très haute.*

Opération, le 15 septembre 1895. — La malade a eu 40° la veille au soir.

On fait une incision iliaque droite— l'incision pour la ligature de l'iliaque externe — qui empiète même un peu sur le bord du droit. Le péritoine mis à nu est décollé de l'excavation, jusqu'à ce que je parvienne à la tuméfaction, qui apparaît tendue, fluctuante.

On ouvre cette collection au doigt ; il s'en écoule un demi-litre de pus fétide. Drainage.

Les suites ont été excellentes : l'amélioration a été immédiate. La température descend à 38° et oscille, à partir de ce jour, entre 37 et 38°. L'accouchement purulent persiste, presque atténué en octobre.

En novembre, la malade a dû subir l'hystérectomie vaginale.

Observation XIV.

Annexite haute. — Laparotomie sous-péritonéale.

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé **Legueu**, chirurgien des hôpitaux de Paris).

F..., blanchisseuse, âgée de 22 ans, entre le 31 décembre 1897, salle A. Guérin, à l'hôpital Broca.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade a eu deux fausses couches, dont la dernière remonte à deux mois (la grossesse était au sixième mois).

Maladie actuelle. — La maladie actuelle semble avoir débuté il y a deux ans. En 1895, elle éprouva des douleurs très vives dans le ventre, et en particulier dans la fosse iliaque ganche ; ces douleurs, qui s'accompagnèrent de fièvre, se calmèrent par le repos. Dès ce moment, on constatait, par le palper abdominal,

et à gauche, une petite tumeur du volume d'une noix qui s'est développée peu à peu.

Depuis sa dernière fausse couche, la malade est restée souffrante ; elle a, de temps à autre, des douleurs à gauche. Amaigrissement notable. La malade tousse, et, à l'auscultation, on reconnaît l'existence de craquements aux deux sommets.

A l'entrée. — A l'inspection, pas de déformation du ventre.

A la percussion, zone de matité occupant toute la fosse iliaque gauche. La palpation délimite très nettement une tumeur dure, étalée en plastron, faisant corps avec la paroi.

L'*utérus* est peu mobile, collé à la tuméfaction gauche, qui se perçoit par le vagin.

Les annexes droites paraissent saines.

Incision sous-péritonéale le 5 janvier 1898.

La paroi est infiltrée, œdémateuse et épaissie, il est impossible d'en reconnaître les diverses couches. A une grande profondeur, dans une masse scléreuse que je creuse du doigt, je trouve une cuillerée de pus. Drainage.

La fistule se ferme en trois semaines. La malade quitte le service, conservant une grosse tuméfaction annexielle gauche.

Observation XV (Inédite).

Phlegmon du ligament large droit. — Hecticité. — Laparotomie sous-péritonéale. Mort.

(Recueillie dans le service de M. le professeur **Grynfeltt**, par mon ami le Dr **Guérin Valmale**, chef de clinique d'accouchements).

E. M..., ménagère, entre le 3 janvier 1898, à la Clinique gynécologique.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Santé habituelle assez bonne jus-

qu'à il y a trois ans. Depuis lors toujours malade. Rhumatisme il y a six ans, dans les suites de couches de son premier enfant.

Réglée à 14 ans, depuis toujours régulièrement.

Maladie actuelle. — Elle souffre depuis son troisième accouchement. Elle eut alors une fièvre puerpérale grave. Huit jours après l'accouchement, il sortit du vagin « un gros morceau de pourriture ». Pas d'antisepsie ; quinine ; pas d'œdème des membres inférieurs, pas de vomissements, mais nausées tout le temps de la fièvre. Elle resta deux mois au lit. Lorsqu'elle se leva, elle souffrait du ventre, au niveau de la fosse iliaque gauche, un peu moins à droite. Constipation opiniâtre, miction douloureuse ; jamais de leucorrhée. On lui mit quatre vésicatoires de chaque côté du bas-ventre. Depuis cet accouchement, les règles retardent de six à sept jours chaque fois.

Il y a trois mois, du côté droit, douleur médiocre ; puis une grosseur débute du côté du bas-ventre. Elle va en augmentant peu à peu; le mois dernier, les règles ont dégénéré en une véritable ménorrhagie : ergotine.

Etat actuel à son entrée le 3 janvier 1898.

La malade est cachectique, le faciès pâle, émacié, les yeux caves et brillants ; elle marche avec la plus grande peine. Décubitus dorsal, le latéral est douloureux. Anorexie et mauvaise digestion. Palpitation à toute marche ou fatigue, respiration assez bonne. Urine bien, sans albumine, ni sucre.

Elle éprouve des élancements violents dans la région de la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre.

A l'examen, l'inspection de l'abdomen, recouvert de vergetures anciennes, décèle une légère tuméfaction à droite, près de la ligne médiane, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

A la palpation, abdomen souple et peu sensible, sauf dans la

région de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre. Dans cette région, à droite et jusqu'à la ligne médiane, on sent une tumeur dure, globuleuse, assez régulière, mate, douloureuse à la pression. A la palpation profonde, cette tumeur paraît dure et a la forme d'un ovoïde à grand axe oblique en bas et en dedans ; elle est nettement indépendante de l'os iliaque et du pubis.

Au toucher, l'utérus est fixé en place ; le cul-de-sac droit est dur, ligneux, occupé par une tumeur arrondie qui plonge dans le petit bassin par le cul-de-sac droit et le cul-de-sac postérieur. Celui-ci aussi est dur, mais le toucher bimanuel permet de percevoir une fluctuation voilée, siégeant dans une tumeur égale du volume d'un utérus de 4 mois. Le cul-de-sac gauche est libre.

Examen au spéculum : le col est ouvert, un peu déchiqueté ; il s'en écoule une glaire épaisse, peu abondante.

3 au 7 janvier.— Durant cinq jours on examine la malade à plusieurs reprises ; son état de faiblesse est considérable, et elle ne se nourrit presque pas. Le pouls est très faible et assez rapide; il n'y a cependant pas de fièvre. Du côté de l'état local, la tumeur garde ses caractères, mais tend à évoluer vers le cul-de-sac de Douglas. Dans les derniers jours, cet abaissement est très notable et elle fait une saillie beaucoup plus nette.

Opération le 8 janvier par M. le professeur Grynfeltt.— Après deux jours de préparation, anesthésie au chloroforme. — La tumeur, sous l'anesthésie, parait plus fluctuante. — Ponction au trocart de Laroyenne, dans le cul-de-sac postérieur, immédiatement en arrière de l'utérus et en suivant sa face postérieure. Il s'écoule bientôt un peu de pus épais, crémeux. — Le trocart est retiré, et, dans l'orifice, on glisse le dilatateur à trois branches de Buch, puis on retire ce dernier, et on introduit deux doigts. On pénètre ainsi dans une loge contenant une sorte d'éponge purulente, que l'on exprime et vide le mieux possible.

Puis, les doigts servant de perforateur pénètrent à droite et en haut dans une deuxième poche analogue mais plus franchement liquide, de laquelle sort aussitôt un demi-verre de pus. — Au-dessus de cette deuxième cavité, on sent, entre la main intra-vaginale (et intracavitaire) et la main sus-abdominale, une autre petite tumeur que l'on ne peut atteindre comme étant trop élevée, et qui doit être une troisième poche plus haute et située environ au niveau de la corne utérine droite ou juste au-dessous. On est donc obligé de la laisser intacte. — On draine les autres cavités par un drain en croix en caoutchouc, puis on lave au sublimé, et on tamponne à la gaze.

On espérait que la cavité supérieure s'ouvrirait, *sponte sud*, dans la cavité vide des deux autres.

Tous les jours, pansement de la façon suivante : Détamponnement, lavage au sublimé à 1/4000 ou au phénosalyl à 5/1000 à travers le drain, puis retamponnement à la gaze iodoformée.

15. — Le septième jour, on ôte le drain en croix, et les lavages sont faits dorénavant avec la sonde d'Ollivier, introduite à chaque pansement dans la poche comme pour une injection intra-utérine. — On ne met plus de tampon ; mais le soir on fait une injection vaginale.

L'état général de la malade est toujours médiocre ; elle ne se nourrit pas mieux. — Pas de fièvre, mais toujours faiblesse du pouls. — Teint de plus en plus cachectique. — L'état local s'est amélioré en ce sens que, dans le vagin, la tumeur a considérablement diminué ; mais la tumeur abdominale quoique abaissée est toujours très nette et très dure.

2e *Opération*. — Le 10 février, après les mêmes préparatifs que la première fois, on tente une seconde intervention par la même voie. — On pénètre donc dans les deux premières poches ouvertes, et, avec les doigts, on tente de remonter plus haut. — Grâce à l'abaissement de la tumeur depuis la première

intervention, on y arrive. Quelques cloisons sont encore ouvertes, un peu de pus s'écoule, mais on ne peut tout atteindre. — On pense alors à une laparotomie, mais on est obligé de repousser ce parti, car le trajet déjà créé dans le vagin serait un foyer certain d'infection péritonéale. — On pense aussi à une intervention sous-péritonéale, mais on abandonne cette idée en constatant que la tumeur est : 1° assez rapprochée de la ligne médiane du corps; 2° trop élevée, et 3° trop en arrière, pour qu'on puisse l'aborder sans de grandes difficultés. On met donc un drain comme la première fois, et les mêmes pansements sont faits. — Au quatrième jour, le drain est enlevé. — La tumeur diminue peu. L'état de la malade est de plus en plus défectueux ; le teint est cireux ; l'affaissement considérable, le pouls, petit et dépressible.

27. A partir du 27 février, la fièvre commence le soir, d'abord légère (moins d'un degré) pendant trois jours ; elle prend bientôt le caractère de la fièvre de suppuration à grandes oscillations (vespérales au-dessus de 38°, même à 39°).

10 mars. *Intervention sous-péritonéale.* — Antisepsie préalable de la région vulvo-vaginale et de toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen. — Anesthésie au chloroforme.— Une incision au bistouri est faite parallèlement au pli de l'aine comme pour la ligature de l'iliaque externe. — La sangle abdominale incisée, M. le professeur Grynfeltt décolle avec les doigts le péritoine jusqu'à la base des ligaments larges, et, en se dirigeant en dedans et en arrière, arrive sur la tumeur. — Celle-ci est perforée au doigt, et une certaine quantité de pus mêlé à du sang fait issue à l'extérieur. — On passe alors un trocart de Chassaignac dans l'orifice vaginal, et on pousse jusqu'à la rencontre du doigt passé dans la plaie sus-pubienne. — On décrit ainsi un trajet curviligne qui, au travers de la tumeur, fait communiquer l'incision sous-peritonéale avec la colpotomie postérieure ; et dans

ce trajet on passe un drain en boucle dont les deux extrémités sont réunies au-devant du pubis par une ligature en soie.

Irrigation longue de la plaie, par le drain, puis pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée.

La malade est rapportée dans son lit en état de shock considérable. Le pouls est presque imperceptible ; le teint blafard ; la peau froide et visqueuse. — Hypothermie. — On l'entoure de bouillottes. — Injections d'éther et de caféine sans grand résultat. Le péritonisme ne cède pas. Ventre ballonné, non douloureux. Vomissements continuels. Pouls toujours filiforme et très rapide.

Dans l'après-midi, on fait une injection de sérum artificiel de 500 centim. cubes ; l'état reste toujours le même et l'hypothermie s'accuse.

11. La nuit, la malade reste dans cet état semi-syncopal ; les vomissements ont bien diminué. Pouls très rapide ; insensible à droite, un peu à gauche. Peau toujours froide et visqueuse. Plaintes lentes et faibles. Incontinence d'urines et de matières en diarrhée. Caféine, éther sans résultat. — Mort en hypothermie, le 11 mars à 2 heures de l'après-midi.

L'autopsie ne put être faite.

Observation XVI.

Pyosalpinx gauche et pelvi-péritonite. — Laparotomie sous-péritonéale. Guérison complète.

(Observation inédite, recueillie dans le service de M. le Professeur **Forgue** par M. **Gaussel,** interne des Hôpitaux).

M... I..., modiste, 26 ans, entre le 8 juillet 1898, salle J.-L. Petit, dans le service de M. le Pr Forgue, pour de violentes douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Cette femme, sans antécédents héréditaires intéressants, a été réglée à 12 ans, normalement jusqu'à sa première grossesse. Le premier accouchement date de

1894 : l'expulsion provoqua une large déchirure du périnée. — Deuxième accouchement en janvier 1896 : hémorragie très abondante trois jours après : tamponnement. Quatre mois après, la malade fait une fausse couche de deux mois : rétention du placenta, curage digital. Sept semaines après, les règles reparurent très abondantes et s'accompagnèrent tous les mois de ménorrhagies d'une semaine de durée chaque fois, qui épuisaient la malade. Pertes blanches dans l'intervalle. — Traitement : injections vaginales antiseptiques.

Maladie actuelle. — En mai 1898, brusquement et sans cause apparente, à la suite d'une métrorrhagie très abondante, la malade éprouva une douleur très violente dans le bas-ventre, avec un point plus douloureux à gauche ; en même temps elle présenta du ballonnement du ventre, de la constipation, des vomissements. Traitement : opium, glace sur l'abdomen, lavements laudanisés. Ces phénomènes s'amendèrent sous l'influence du traitement, mais se reproduisirent à plusieurs reprises à quelques jours d'intervalle avec une intensité décroissante. Il persista toutefois une douleur dans le côté gauche du bas-ventre, douleur profonde, continue, avec irradiations à la cuisse et à la région lombaire du même côté. Cette douleur augmentait sous l'influence du moindre mouvement, et la malade l'exaspérait par la marche, la position assise, le décubitus latéral. Mictions très douloureuses. Un mois après, les règles survinrent qui durèrent douze jours. Jusqu'à son entrée à l'hôpital, elle fut traitée par des cataplasmes laudanisés, des ventouses sur l'abdomen et des injections vaginales antiseptiques. Souffrant toujours, dans l'impossibilité de faire un mouvement sans augmenter ses douleurs, très affaiblie par ses hémorrhagies successives, la malade se décide d'entrer à l'hôpital.

A l'examen. — Le 18 juillet, la malade, très pâle, les muqueuses décolorées, complètement à bout de forces, se plaint

de douleurs extrêmement intenses dans le côté gauche du bas-ventre : ces douleurs, continues, s'irradient à la cuisse et à la région lombaire du même côté, et immobilisent la malade dans le décubitus horizontal; elles ne laissent aucun repos à la malade, qu'elles privent complètement de sommeil et chez qui elles provoquent des crises d'hystérie.

Le bas-ventre est douloureux à la pression dans toute son étendue, avec un maximum au niveau de la fosse iliaque gauche. Par la *palpation*, on sent dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction profonde, qui ne fait pas corps avec la paroi, rénitente, immobile, dont les limites se précisent assez facilement : en dedans elle dépasse légèrement la ligne médiane ; en haut, elle s'élève à environ quatre travers de doigt au-dessus du détroit supérieur. La palpation appuyée provoque à son niveau une vive douleur qui est l'origine de mouvements hystériformes.

Au *toucher*, le vagin est chaud ; le col est repoussé en avant et à droite ; le cul-de-sac droit absolument souple, paraît normal ; le gauche est nettement empaté, mais ne bombe pas, et se laisse parfaitement déprimer. Au *palper bi-manuel*, on sent la tumeur déjà perçue par l'abdomen qui se prolonge en bas et à gauche presque au contact de l'utérus, mais son pôle inférieur est à une certaine distance du dôme vaginal.

La malade, qui a présenté des alternatives de fièvre et d'apyrexie, dit avoir considérablement maigri depuis deux mois.

Le soir de l'examen, la température ne dépasse pas 37°,5.

Diagnostic. — Le mode de début de l'affection qui ne paraît pas en rapport avec un état puerpéral, les symptômes de pelvi-péritonite, le peu de tendance de la tumeur à faire saillie dans le vagin, permettent de supposer qu'on a affaire à un *pyo-salpinx unilatéral*, avec péri-salpingite et probablement collection suppurée intra-péritonéale. — M. le P[r] Forgue décide, en raison de l'unilatéralité probable des lésions, et de la tuméfaction cir-

conscrite dans le bas-flanc gauche, d'intervenir et d'évacuer le pus par la voie sous-péritonéale.

Opération le 18 *juillet. Laparotomie sous-péritonéale.* — Anesthésie à l'éther.

Incision à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à sa direction, allant du quart interne de l'arcade, à cinq centim. au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les divers plans sont rapidement incisés, les vaisseaux épigastriques sectionnés entre deux pinces,et en deux minutes et demie exactement, M. le professeur Forgue a décollé le péritoine de la fosse iliaque : on voit, à ce moment, battre l'iliaque externe, dont la moitié inférieure est complètement découverte, grâce au soulèvement du péritoine par un large écarteur à paroi.

A ce moment, la malade est mise en position de Trendelenburg, le bassin incliné à 45° ; le décollement du péritoine est alors étendu à la partie interne de la plaie, vers la vessie et vers l'utérus. Avant même d'atteindre en profondeur la base des ligaments larges, on arrive sur une tumeur régulièrement arrondie, à surface lisse, du volume d'une mandarine, très tendue, adhérente de tous les côtés et qu'il serait absolument impossible de décortiquer. On circonscrit la tumeur avec des compresses et on la ponctionne avec un trocart ; on l'ouvre ensuite au bistouri. Issue d'environ cent gram. de pus franchement phlegmoneux. Deux poches plus petites sont ouvertes à la partie interne de la première collection.

On lave la poche ainsi vidée et on draine par le vagin ; pour cela on enfonce par le cul-de-sac gauche le trocart courbe de Chassaignac,qui vient ressortir en plein dans la cavité purulente ; on fait passer par ce trocart un stylet aiguillé auquel est fixé un drain de huit millim. qui va ressortir par le vagin.

On bourre la plaie abdominale avec de la gaze iodoformée. Suture au catgut des plans profonds de la partie externe de l'incision et suture au crin de Florence de la peau.

Suites opératoires. La malade se sent immédiatement soulagée par la cessation absolue des douleurs. Pendant deux jours la température reste le soir au-dessous de 39°. Le troisième jour, la température descend à 37. Pas de vomissements. Le ventre est souple.

21 juillet. La malade a une selle spontanée ; elle commence à s'alimenter. T = 37.

Le 25, c'est-à-dire le septième jour après l'opération, on enlève la gaze. Lavages à l'eau bouillie par le drain, de l'abdomen dans le vagin. Pas d'injection vaginale, mais nettoyage du vagin avec de la gaze iodoformée. Le soir : T = 37,9

Les jours suivants, la température descend à la normale.

Le 30, c'est à dire le 12e jour, pansement avec les mêmes précautions. On enlève les fils : réunion par première intention. Le soir : T = 38°.

Pansement tous les cinq jours. Les douleurs ont absolument cessé et la malade reprend des forces peu à peu.

Du 1er au 7 septembre, la température monte brusquement à 40°, s'y maintient un jour, et redescend rapidement les jours suivants. On constate à l'auscultation les signes d'une congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche.

Le 14 août, on supprime le drain.

Le 20, la malade se lève, le 25, elle descend dans le jardin, et le 30, on supprime tout pansement. A ce moment, elle a une ménorrhagie très abondante qui dure jusqu'au 10 septembre.

Examen le 20 septembre. La malade a repris des couleurs et se sent plus forte. Elle ne souffre plus du tout depuis l'intervention et marche sans fatigue. L'abdomen est souple. Le toucher vaginal permet de reconnaitre que l'utérus est en position normale, qu'il est complètement mobile, et que les culs-de-sac droit et gauche ne présentent aucune différence : ils ont la même profondeur, sont parfaitement souples, et le palper bi-manuel ne

décèle pas la présence d'une tuméfaction intra-pelvienne : en appuyant, la main qui déprime la paroi abdominale arrive à sentir le doigt introduit dans le vagin à travers l'épaisseur normale des tissus ; il est même impossible, en cherchant avec soin, de retrouver le moindre empâtement cicatriciel. Dans le cul-de-sac gauche, on perçoit facilement la cicatrice encore molle qui ferme l'orifice par lequel on a introduit le drain.

La malade, entièrement guérie de son annexite et de sa pelvi-péritonite, reste au service pour faire traiter sa métrite hémorrhagique, qui a été l'origine de tous les accidents.

Observation XVII.

Hydro-pyosalpinx précédé de phénomènes péritonéaux. — Laparotomie sous-péritonéale. — Guérison.

Observation recueillie dans le service de M. le Professeur **Forgue** par M. le Dr **Quétand**, chef de clinique intérimaire.

T... Henriette, 24 ans, domestique, entre le 4 février 1898, salle J. L. Petit, dans le service de M. le Professeur Forgue.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt. Une grossesse il y a 4 ans. Accouchement normal. Pertes blanches depuis, non traitées.

Maladie actuelle. Le 1er février dernier, après une absence de règles de trois mois, elle a ressenti brusquement une douleur violente dans le bas-ventre, ayant son maximum d'intensité à droite ; cette douleur persiste depuis, avec des exacerbations sous l'influence des moindres mouvements, de la marche en particulier. Il s'est produit en même temps des pertes séro-sanguines, arrêtées d'ailleurs le jour de l'entrée au service.

Les règles, qui duraient habituellement sept jours, sont survenues il y a deux semaines et n'ont duré que trois jours.

A l'examen, le 4 février, l'abdomen est légèrement ballonné.

La *palpation* dénote la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur molle, facile à délimiter, remontant à trois travers de doigt de l'épine iliaque supérieure et de l'arcade crurale. Cette tumeur est très douloureuse à la pression.

Par le *toucher vaginal,* on trouve l'utérus refoulé en bas et en avant, collé contre la symphyse pubienne, et, en arrière, le cul-de-sac bombant fortement dans le vagin. Le palper et le toucher combinés permettent de reconnaître que la tumeur abdominale se continue avec la tuméfaction du cul de-sac postérieur.

Le 8 février, les règles apparaissent et marquent le début de phénomènes péritonitiques (ballonnement du ventre, hyperesthésie de l'abdomen, nausées, douleur vive dans le bas-ventre). La température dépasse 38 degrés pendant plusieurs jours avec une rémission matutinale très accentuée. Les phénomènes péritonitiques disparaissent après deux ou trois jours et les règles cessent le 13 février.

Le 14, la courbe, qui présentait de grandes oscillations irrégulières, descend à la normale. L'état général est bon. La tumeur rétro-utérine a notablement diminué.

Le traitement, durant toute cette période, a consisté dans l'application de cataplasmes très chauds sur l'abdomen, des injections vaginales, et de grands lavements chauds à 38°.

1er mars. Nouvelle poussée aiguë de pelvi-péritonite. Opium, glace et morphine.

4. Les douleurs se sont calmées, mais on décide d'intervenir par la laparotomie sous-péritonéale, à cause de la présence d'une tumeur unilatérale et des phénomènes de péritonite récents qui rendent dangereuse une laparotomie franche.

Opération. Anesthésie à l'éther. M. le professeur Forgue fait une incision parallèle à l'arcade crurale droite et décolle le péritoine de la fosse iliaque ; on arrive dans le petit bassin sur une poche qui paraît être la trompe distendue et qui, à l'ouverture,

laisse écouler un liquide louche. On lave et on cautérise au chlorure de zinc la surface interne de la poche. Drainage par le vagin. Pansement compressif.

Vers la fin de l'opération, l'anesthésie, qui a été très mouvementée, à cause de vomissements abondants et de plusieurs arrêts respiratoires, donne lieu à une syncope qui dure une demi-heure, malgré les tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle.

A partir du jour de l'intervention, les douleurs et la fièvre cessent complètement ; le drain tombe le deuxième jour dans le pansement, et, le liquide de lavage sortant clair, il n'est pas replacé. Après quelques pansements, la malade quitte le service entièrement guérie.

CONCLUSIONS

1. L'incision sous-péritonéale consiste à pénétrer dans le bassin, en décollant le feuillet pariétal de la séreuse, sans ouvrir l'abdomen.

2. Employée par plusieurs chirurgiens, qui avaient étendu à l'incision de collections pelviennes suppurées la voie d'accès sur l'iliaque externe, elle a été vulgarisée par Pozzi, qui, le premier, en a systématisé l'emploi, à une époque où elle devait rendre des services fréquents.

3. L'opération se réduit à l'incision de la paroi au-dessus de l'arcade de Fallope, au décollement de la séreuse au niveau du détroit supérieur et de l'excavation jusqu'à la collection, que l'on peut ouvrir et drainer sans qu'une goutte de pus pénètre dans l'abdomen. — Le drainage par le vagin est le complément habituel de l'intervention.

4. Ses indications sont moins fréquentes depuis la vulgarisation et les perfectionnements de l'asepsie : toutefois, l'incision inguino-sous-péritonéale peut rendre des services dans les collections pelviennes non directement abordables par le vagin ou par la paroi, telles que paramétrites, phlegmons latéro-pelviens, adénites iliaques, hématocèles suppurés ; dans les cas compliqués de phénomènes généraux graves qui contre-indiquent une intervention plus radicale ; lorsque le diagnostic ne peut être précisé par l'examen simple.

5. Ses avantages en font, suivant les circonstances, un excellent moyen diagnostique, palliatif ou curatif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bardenheuer (Bernhardt). — Der extraperitoneale Exploralivschnitt Stuttgart, 1887.

Bardenheuer. — Ueber den extraperitonealen explorativschnitt (*Deutsche medisc. Wochenschrift*, 1887, n° 13).

Bauby. — L'occlusion intestinale. — *Un vol., Encyclopédie des aide-mémoire Léauté*, 1898, page 177.

Berger. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1870, pag. 34.

A.-J. Bogros. — Essai sur l'anatomie chirurgicale de la région iliaque, et description d'un nouveau procédé pour faire la ligature des artères iliaque externe et épigastrique. *Thèse de Paris*, 1823.

St. Bonnet. — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes. *Gazette des hôpitaux*, 16 janvier 1892, n° 7.

Bonnet et Petit. — *Traité pratique de gynécologie*, 1894, pag. 284, 498, 501.

Broca. — Le cæcum et la fosse iliaque. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1888, pag. 580.

Byford. — Obstetrical Gazette de Cincinnati, avril 1886, pag. 174.

Chassaignac. — Traité de la suppuration, tom. II, pag. 379.

Charpy. — De la structure des ligaments larges et de leurs abcès, *Lyon médical*, 1886, tom. III, pag. 336.

J. Cloquet. — Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen. *Thèse de Paris*, 1817.

Dance. — Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite. *Repertoire d'anat. et de physiologie*, tom. IV, pag. 74.

Pierre Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme. Un vol. in-8, Steinheil, 1891.

Desprès. — Art. *iliaque* du dictionnaire de méd. et de chir. pratiques, tom. XVIII pag. 386.

Doyen. — Compte rendu du Congrès de gynécologie de Bruxelles de 1892. Opérations personnelles par la voie inguino-sous-péritonéale, pag. 198. — Conclusions, pag. 206.

L. Dumas. — Phlegmon du ligament large. Hecticité. Tentative de laparotomie demeurée incomplète par suite d'adhérences. *Annales de gynécologie*, mars 1887.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 2e édition, 1897, pag. 900, 931, 939, 845, 1131.

Goubaroff (A.-P.) — Laparotomie externe au point de vue anatomique. Trudi akush. ginek. Obs.v. Mosckic, Moscou, 1887, I, 41-46.

Grisolle. — Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Archives générales de médecine, 1839, tom. IV.

Grynfeltt. — Hématocèle rétro-utérine sous-péritonéale. In *Notes et Mémoires de chirurgie clinique*, 1885, pag. 312.

Hegar. — Vortrag. a. d. oberrhein. — Aertztetag, Freeburg, 1881, (citée par Pozzi dans sa communication de 1886).

Hegar et Kaltenbach. — *Gynécologie opératoire*, traduite par Bar. Ouverture des abcès extra-péritonéaux développés dans le tissu cellulaire peri-utérin, pag. 464.

Houzel. — Phlegmon du ligament large. — Laparotomie sous-peritonéale. Guérison. — Communication à la Société de Chirurgie, 1er décembre 1886. Discussion.

R, Jacksonn. — Société de gyn. de Chicago. 1886. *Répertoire universel d'obst.*, 1887, pag. 439 (cité par Macquart-Moulin).

Jeannel. — Revue médicale de Toulouse, 1er mars 1887.

— Chirurgie de l'intestin, 1898.

Jacobs (de Bruxelles). — Compte rendu du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de 1894, pag. 85.

Jarjavay. — Traité d'anatomie chirurgicale, 1853.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1898, pag. 735.

J. Macquart-Moulin. — Des méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations peri-utérines. *Thèse de Paris*, 1892-93 n° 30.

Menière. — Sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. *Arch. gén. de méd.*, 1827, tom. XVII, pag. 188.

Montgomery. — Exploratory laparotomy cellulites (Phile M. Times, 1888-89, XIX, 406).

Montprofit. - Salpingites et ovarites. — *Thèse de Paris*, 1887-88, n° 1 1.

More Madden. — *Compte rendu du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles*, 1894. Discussion.

Noltchini. — Laparotomie extra-péritonéale. Moscou, 1887.

Péan. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, 1895, tom. III, pag. 1004.

Page. - Traitement chirurgical des pancréatites suppurées gangréneuses. *Thèse de Paris*, 31 mars 1898.

Paquy. — Adénite inguinale considérée comme cause des phlegmons et des abcès de la fosse iliaque, *Thèse de Paris*, 1876.

Polaillon. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1879, tom. IV, pag. 339,

Picqué. — Des indications de la laparotomie sous-péritonéale dans le traitement des collections liquides de la trompe. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 novembre 1891.

Poncet. — De l'hématocèle peri-utérine. *Thèse d'agrég.*, Paris, 1878.

Pozzi. — *Bulletins et mémoires de la société de chirurgie*, 14 avril 1886 et discussion par Trelat, Bouilly...

— Laparotomie sous-péritonéale dans les suppurations pelviennes, *Traité de gynécologie*, pag. 766, dans l'hématocèle, pag. 927 et 930.

Richet. — *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*. Paris, 1857.

Saenger, de Leipzig. — *Compte rendu du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique* de 1872, pag. 109. In discussions sur les suppurations pelviennes.

Segond. — *Congrès de gynécologie de Bruxelles*, 1892. Rapport sur le traitement des suppurations pelviennes.

— *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*. — Tom. VIII. Art. salpingo-ovarites, pag. 569 et 576.
Art. phlegmon du ligament large, pag. 592.
Art. pelvi-péritonite, pag. 598.

Sneguireff et Goubaroff. — *Congrès international de gynécologie de Bruxelles*, de 1892. — Discussion sur les suppurations pelviennes, pag. 87 et suivantes.

— Anatomie pathologique des ligaments larges.— In discussions sur les suppurations pelviennes, *loco citato*.

Terrillon. – Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière 1889, pag. 338 et 345.

Velpeau. — Phlegmon et abcès de la fosse iliaque. *Leçons orales de clin. chir. faites à la Charité*, 1841.

Versepuy. — De la périmétrite et de son traitement.— *Thèse de Paris*; 1888.

Walther. — In *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.* — Tom. IV Articles psoitis, adénites iliaques, phlegmons et abcès de la fosse iliaque, pag. 424 et suivantes.

Wiedow. — Berlin. klin. Wochensch, 11 mars 1889.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 octobre 1898.
Le Recteur,
G. BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 octobre 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 7

CHAPITRE PREMIER. — **Historique** 9

CHAPITRE II. — **Technique** 17

A. — Considérations anatomiques 17

1° Zones décollables du péritoine pelvien à l'état normal... 19

1° Au niveau de la paroi 19

2° Au niveau de la fosse iliaque 19

3° Au niveau du petit bassin 20

2° Différences de décollabilité du péritoine à l'état pathologique 22

1° Suivant l'âge de l'inflammation 22

2° Suivant la variété et le degré de l'inflammation 23

3° Suivant les régions et les individus 23

3° Effets physiologiques du décollement du péritoine 24

B. — Technique opératoire 26

1er *Temps.* Incision de la paroi 26

2e *Temps.* Décollement du péritoine 27

3e *Temps.* Exploration du petit bassin 28

4e *Temps.* Drainage par le vagin 29

5e *Temps.* Soins post-opératoires 30

CHAPITRE III. — **Indications** 31

A. — Indications tenant a la nature et a la topographie des lésions 32

Pyosalpinx 32
Abcès pelviens 35
Kystes de l'ovaire et kystes dermoïdes 42
Hématocèles 42
Phlegmons et abcès de la fosse iliaque 44
Adénites iliaques 44
Psoïtis 45

B. — Indications tenant a l'absence de diagnostic précis. 47

C. — Indications tenant a l'état général du sujet 50

CHAPITRE IV. — **Contre-indications** 53

OBSERVATIONS 56

I. Hosmer (1882). Abcès pelvien 56
II. Polk (1885). Abcès pelvien 56
III. Pozzi (1886). Abcès pelvien, avec fistule vaginale 57
IV. — Adéno-lymphite péri-utérine 59
V. — Paramétrite plastique et suppurée. Fistule rectale 62
VI. — Incision exploratrice pour périmétrite 64
VII. — Hématocèle rétro-utérine 65
VIII. Dumas. Pelvi-péritonite 68
IX. Jeannel. Pelvi-péritonite suppurée 71
X. Picqué. Pelvi-péritonite 72
XI. — Pyosalpinx 73
Doyen. 3 cas d'énormes indurations péri-utérines 74
XII. Quénu. Tubo-ovarite 74

XIII. Legueu. Phlemon du ligament large..... 76

XIV. — Annexite haute..... 77

XV. Grynfeltt. Phlegmon du ligament large..... 78

XVI. Forgue. Pyosalpinx précédé de phénomènes péritonéaux.. 83

XVII. — Hydro-pyosalpinx précédé de phénomènes péritonéaux 88

CONCLUSIONS..... 91

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE..... 93

Montpellier. — Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.